

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

**INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO FACTOR DE
RIESGO OBSTÉTRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DESAGUADERO, 2015**

PRESENTADA POR:

JESSICA GIOVANNA NUÑEZ LLANOS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA

MENCION EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PUNO, PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS

**INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO FACTOR DE RIESGO
OBSTÉTRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO ATENDIDOS EN
EL CENTRO DE SALUD DESAGUADERO, 2015**

PRESENTADA POR:

JESSICA GIOVANNA NUÑEZ LLANOS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA

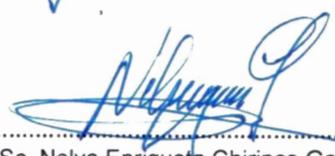
MENCION EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE


.....
Dr. Javier Arturo Apaza Quispe

PRIMER MIEMBRO


.....
M.Sc. Nelva Enriqueta Chirinos Gallegos

SEGUNDO MIEMBRO


.....
M.Sc. Nancy Silvia Álvarez Urbina

ASESOR DE TESIS


.....
Dr. Felipe Santiago Amachi Fernández

Puno, 10 de Mayo del 2016

ÁREA: Salud de grupos poblacionales específicos.
TEMA: Salud de la mujer.

DEDICATORIA

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres. Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis maestros, que en este andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

A la Universidad Nacional del Altiplano y en especial a la Escuela de Postgrado de la Maestría en Salud Pública por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

- A la Universidad Nacional del Altiplano, gracias por haberme permitido formarme y en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

- Al Centro de Salud de Desaguadero por brindarme las facilidades y permisos necesarios para ejecutar mi proyecto de investigación.

- A mis colegas del Centro de Salud de Desaguadero por permitir la correcta ejecución de mi tesis y en especial al jefe de la Micro red de Desaguadero, por todo su apoyo y comprensión.

- Al personal del SIS y Unidad de estadística de la Red Chucuito Juli, por brindarme la información necesaria, para interpretar correctamente dicha información.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
INDICE DE CUADROS.....	vii
INDICE DE FIGURAS.....	viii
INDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.1.2. SUB PREGUNTAS.....	7
1.2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN:	7
1.3. HIPOTESIS.....	8
1.3.1. HIPOTESIS GENERAL.....	8
1.3.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA.....	8
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	9
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9

CAPITULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. BASES TEÓRICAS.....	10
2.1.1. VIOLENCIA DOMÉSTICA:	10
2.1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:	12
2.2.1.1. VIOLENCIA FÍSICA:	12
2.2.1.2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA.....	13
2.2.1.3. VIOLENCIA SEXUAL:	13
2.1.3. CICLO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR O INTRAFAMILIAR.....	13
2.1.4. ABORTO ESPONTANEO:	15
2.1.5. AMENAZA DE ABORTO:	16
2.1.6. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:	17
2.1.7. RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS:	19
2.1.8. PLACENTA PREVIA.....	20
2.1.9. GANANCIA DE PESO BAJO EN EL EMBARAZO:.....	22
2.1.10. HEMORRAGIA.....	23
PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	23
2.1.11. RETRASO EN EL CONTROL PRENATAL:.....	24
2.1.12. BAJO PESO AL NACER:	26
2.1.13. LESIONES FETALES:	27
2.1.14. MUERTE FETAL INTRAUTERINA:	29

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	31
2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL:	31
2.1.2. A NIVEL NACIONAL:	34
2.1.3. A NIVEL REGIONAL:	38

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. MATERIALES Y METODOS.....	39
3.1.1. AMBITO O LUGAR DE ESTUDIO:	39
3.2. POBLACION Y MUESTRA:	39
3.2.1. METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:.....	40
3.2.1.1. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE LA MUESTRA:.....	40
3.3. MÉTODOS:	40
3.3.1. TIPO Y DISEÑO:	40
3.3.2. TECNICA:	41
3.3.3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	41
ESCALA DE VALORACIÓN.....	42
3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:	46
3.5. TECNICA DE PROCESADO Y ANALISIS DE DATOS:.....	47
HIPOTESIS GENERAL:	48
HIPOTESIS ESPECÍFICA:	48

CAPITULO IV**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	52
4.1.1. VIOLENCIA DOMESTICA EN LA MUJER EMBARAZADA EN EL ASPECTO FISICO, PSICOLOGICO Y SEXUAL.....	52
4.2. FACTOR DE RIESGO OBTETRICO.....	55
4.3. CONDICIONES DEL EMBARAZO.....	58
4.4. CONDICIONES DEL FETO.....	60
4.5. VIOLENCIA DOMESTICA CON RIESGO OBSTETRICO.....	62
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS.....	81

INDICE DE CUADROS

1 TIPOS Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA.....	52
2 FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO.....	55
3 CONDICIONES DEL EMBARAZO.....	58
4 CONDICIONES DEL FETO.....	60
5 VIOLENCIA DOMESTICA CON RIESGO OBSTETRICO.....	62

INDICE DE FIGURAS

1	TIPOS Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA.....	53
2	FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO.....	56
3	CONDICIONES DEL EMBARAZO.....	58
4	CONDICIONES DEL FETO.....	60
5	VIOLENCIA DOMESTICA CON RIESGO OBSTETRICO.....	63

INDICE DE ANEXOS

1	ENCUESTA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	82
2	CARTA DE CONSENTIMIENTO.....	85
3	VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	86
4	CUADROS INTERCURRENTES.....	88
5	DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN.....	93

RESUMEN

El estudio se realizó en el Centro de Salud Desaguadero, del distrito de Desaguadero con el objetivo de determinar la influencia de la violencia doméstica como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto; así como también el tipo de violencia que recibieron; físico, psicológico y sexual. Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional causal de todas aquellas puérperas mediatas que tuvieron el diagnóstico de violencia doméstica y que fueron atendidas en el Centro de Salud Desaguadero en el año 2015. Para esto se obtuvo una muestra de 47 mujeres en etapa de puerperio mediano, utilizándose, para la recolección de datos de utilizo un cuestionario de 30 preguntas para ver qué tipo de violencia era la más común, en que edades se presentó mayormente, nivel de instrucción y estado civil son las puérperas que sufrieron este factor de riesgo durante su embarazo, evaluando en cada bloque de preguntas los respectivos indicadores planteados en la investigación. En conclusión, la violencia doméstica influye significativamente como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto, pues esta situación constituye un problema de salud pública.

PALABRAS CLAVES: feto, influencia, mujer embarazada, riesgo obstétrico, violencia doméstica.

ABSTRACT

The study was conducted at the Center for Health Desaguadero, district of Desaguadero in order to determine the influence of domestic violence as a factor in obstetric risk pregnant woman and fetus ; as well as the type of violence they received ; physical, psychological and sexual . This requires a causal correlational cross-sectional study of all those who had postpartum mediate the diagnosis of domestic violence and were treated at the Health Center Desaguadero in 2015 was performed. For this, a sample of 47 women in stage postpartum week , used for the collection of data I use a questionnaire of 30 questions to see what kind of violence was obtained was the most common , in which age is largely presented , level of education and marital status are postpartum women who suffered this risk factor during pregnancy , evaluating each block of the indicators raised questions in the investigation. In conclusion , domestic violence as a factor significantly influences obstetric risk in pregnant women and the fetus , as this situation constitutes a public health problem .

KEYWORDS: fetus, influence, pregnant women , obstetrical risk , domestic violence .

INTRODUCCIÓN

La Violencia, además de ser un problema cultural y social, de los derechos humanos, es también un problema de salud pública que genera muchos costos al País donde se encuentra presente. Es por eso que la violencia en el Perú es considerada como un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja terribles secuelas. Es la expresión del ejercicio de poder, del hombre sobre la mujer, del adulto sobre los niños y niñas, y en general, del más fuerte sobre el débil. Es un atentado a los derechos humanos de quienes la sufren.

La violencia doméstica en la gestante, es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores de riesgo desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales y abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil.

Es por ello, en el presente trabajo de investigación que se centra en el problema principal de que influye la violencia doméstica en la mujer embarazada y del feto atendidos en el Centro de Salud Desaguadero, 2015.

Así mismo el objetivo general es; determinar la influencia de la violencia doméstica como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto, para lo cual se formula como hipótesis general: La violencia doméstica es un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y del feto.

El reto es coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia doméstica, promover estilos de vida saludables, así mismo se requiere realizar nuevas investigaciones en el tema, que permitan conocer la magnitud de algunas características del problema, para estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o fortalecer políticas públicas y tomar decisiones para su prevención y la atención integral de los involucrados promoviendo la capacitación del personal de salud, a la población en general.

A continuación se presentan en el Capítulo I, se formula el problema, la justificación y los objetivos; el Capítulo II, comprende los antecedentes, las bases teóricas y la definición de conceptos; en el Capítulo III, se describe la metodología utilizada en la investigación y finalmente en el Capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos, el contraste de hipótesis, las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

Se espera que esta investigación contribuya no solo como aporte al debate de soluciones preventivas, sino a comprender las características de la violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con los resultados maternos del embarazo; para un mejor manejo de los casos por el profesional Obstetra.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

La violencia doméstica es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 indagó que “En el país, el 71,5% de las mujeres alguna vez sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo, que comparado con el año 2009, se redujo en 5,4%. Entre las formas de violencia que se dan en el seno familiar destaca la violencia psicológica (67,5%). Las mujeres que padecieron de estas formas de violencia generalmente son mujeres solas (separadas o viudas) y pertenecientes al segundo quintil de pobreza. La violencia física y sexual se presenta con más frecuencia en mujeres de 40 a 49 años de edad y la violencia psicológica fue en mujeres adolescentes y en aquellas de 30 a 34 y de 40 a 49 años de edad. Según ámbito geográfico, se aprecia que la violencia familiar es ejercida tanto en el área urbana como rural en (71,5% en promedio). La violencia psicológica en

Apurímac y Huancavelica es de (82,7% y 80,4%, respectivamente) en cambio, la violencia física se evidencia mayormente en Cusco con (53,0%).¹

Es por eso que la violencia contra la mujer es uno de los mayores daños que se infringe a la sociedad porque daña a la familia, donde la mujer cumple un rol fundamental como fuente de vida y de amor. El embarazo es la continuación de la vida y la perpetuación de la especie, por lo tanto, es el evento más importante de toda la humanidad. Sin embargo, cerca del 60% de los embarazos en el Perú no han sido deseados, ni planificados por los padres y constituyen embarazos de muy alto riesgo para la salud materna y fetal. Ya que la privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales del feto y recién nacido.²

La región de Puno ocupa el primer lugar a nivel nacional en personas afectadas por violencia familiar y sexual, habiéndose atendido 1.286 casos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) de esta parte del país. De las 13 provincias que tiene esta región, 11 ya cuentan con servicios integrales contra la Violencia Intrafamiliar, logrando coberturas más del 84% en la región Puno.

La Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Ana Jara Velásquez, señaló que el 45% de mujeres en la región Puno fueron víctimas de violencia familiar y sexual, cifra que está por encima del índice que se registra a nivel nacional. En esa línea mencionó que al mes de agosto de 2012, el Sistema de Registro de Casos y Atenciones elaborado por el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del MIMP, reveló que Puno ocupa el sexto lugar del ranking de personas afectadas por violencia familiar y sexual con mil 286 casos atendidos en los

CEMs (Centro de Emergencia Mujer) de la región. "De la cantidad señalada, el 94.4% de mujeres fueron víctimas de violencia familiar y sexual, siete personas en su mayoría mujeres fueron atendidas diariamente en los CEMs de la región. A ello se suma que a agosto de 2012, se brindó información preventiva a 27 mil 671 personas" ³

Finalizando con la última estadística tomada del CEM, en lo que respecta a la provincia de Chucuito- Juli, reportada hasta setiembre del 2015, se observa que hubo 99 casos de mujeres maltratadas por su pareja en los aspectos físico y psicológicos y se dio entre los 18 a 50 años de edad. ³

Por lo que se puede deducir que vivimos en una sociedad machista en la que prevalecen los principios de los derechos del hombre, estableciéndose relaciones de lucha de poder entre los sexos, caracterizándose por la agresión, sumisión, dominación y sometimiento de la mujer, sin contar el gran número de mujeres que sufren de agresión verbal y/o psicológica; en la cual la pareja le amenaza con quitarle a sus hijos, golpearla y la descalifica diariamente a través de insultos, burlas, gritos, la anula como ser humano, no aprueba sus realizaciones personales y profesionales, la culpa a diario de los problemas familiares; siendo víctima la mujer de una desvalorización constante perdiendo su autoestima, seguridad, hasta considerar a llegar que el marido tiene el derecho de disciplinarla.

Por lo tanto, el interés por realizar este estudio surge debido a que en el distrito de Desaguadero existe violencia doméstica; ya que es ejercida por el marido contra la mujer, el cual produce en primer lugar muchas veces daño físico, pero en el mismo instante de su ejercicio se envían además mensajes

profundamente destructivos para las víctimas, produciendo un serio impacto en las áreas críticas del desarrollo personal. Las mujeres embarazadas sometidas a la violencia conyugal experimentan baja autoestima, aislamiento, miedo al agresor, inseguridad, esto se pudo observar al momento de su atención en los diferentes servicios del Centro de Salud Desaguadero por lo que debe ser considerado como un problema de salud pública

Finalmente la falta de información, desconocimiento de sus derechos de mujer como ser humano y el alto grado de temor bajo la amenaza que sufren, aunado a la falta de conocimiento en la identificación y el manejo de este problema por los mismos prestadores del servicio de salud y sociedad en general; así como la no denuncia y el no registro de casos impide evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de violencia doméstica en nuestro país así como también en nuestra región y por consiguiente ha dificultado que sea reconocida como un aspecto fundamental para evaluar como un factor de riesgo obstétrico en la atención integral durante el embarazo, el cual puede elevar las posibilidades de enfermar o llegar a morir la madre como feto; por lo tanto la motivación del presente trabajo de investigaciones planteamos la siguiente interrogante.

1.1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la violencia doméstica en la mujer embarazada y del feto atendidos en el Centro de Salud Desaguadero, 2015?

1.1.2. SUB PREGUNTAS

- ¿Cómo se presenta la violencia doméstica en la mujer embarazada en el aspecto físico, psicológico o sexual?
- ¿Cómo se presenta el riesgo obstétrico en los aspectos de: aborto espontáneo, amenaza de aborto, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas y placenta previa?
- ¿Cómo se dan las condiciones del embarazo en los aspectos de: ganancia de peso bajo en el embarazo, hemorragia y retraso en el control prenatal?
- ¿Cómo se dan las condiciones del feto en los aspectos de: Bajo peso al nacer, lesiones fetales y muerte fetal intrauterina?
- ¿Se relaciona la violencia doméstica con riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto?

1.2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION:

El presente estudio de investigación es importante porque nos permitirá determinar la influencia de la violencia doméstica como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto.

Los resultados obtenidos servirán de referencia así mismo contribuirá como fuente de información y conocimiento para las entidades de salud, para los estudiantes de medicina, obstetricia, enfermería; para que a partir de ello puedan lograr implementar estrategias y acciones.

Por ser la violencia domestica un tema poco explorado y debido a la existencia limitada de investigaciones de esta naturaleza, se justifica la realización de este trabajo, que permita identificar la existencia de maltrato en la mujer gestante, abriendo el campo a nuevos estudios y motivando a las autoridades y los organismos involucrados del distrito de Desaguadero; fomenten la creación de programas educativos a la familia y programas de atención integral dirigidos a los profesionales de salud.

En vista que en incontables oportunidades en los centros de salud de Puno se atienden embarazadas con las consecuencias antes mencionadas, sin imaginar que muchas de ellas podrían tener su origen en hechos de violencia doméstica, se plantea la necesidad de realizar investigaciones que permitan conocer la existencia de las consecuencias en el producto en las mujeres embarazadas con riesgo de violencia domestica con el propósito de promover una respuesta preventiva ante la situación.

1.3. HIPOTESIS

1.3.1. HIPOTESIS GENERAL

- La violencia doméstica influye directamente como factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y del feto.

1.3.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA

Ho: la violencia domestica no se constituye como factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y el feto

Ha: la violencia doméstica se constituye como factor de obstétrico para la mujer embarazada y el feto

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la influencia de la violencia doméstica como un factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto atendidos en el Centro de Salud Desaguadero, 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la violencia doméstica en la mujer embarazada en el aspecto físico, psicológico y sexual.
- Identificar el factor de riesgo obstétrico en los aspectos de: aborto espontaneo, amenaza de aborto, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, placenta previa.
- Establecer las condiciones del embarazo en los aspectos de: ganancia de peso bajo en el embarazo, hemorragia, retraso en el control prenatal.
- Registrar las condiciones del feto en los aspectos de: Bajo peso al nacer, lesiones fetales y muerte fetal intrauterina.
- Relacionar la violencia domestica con riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. BASES TEORICAS

2.1.1. VIOLENCIA DOMESTICA:

La violencia doméstica constituye un problema generalizado de índole social, un fenómeno frecuente y todavía encubierto, que afecta a las mujeres con independencia de la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico.

Así mismo, la violencia es definida por la OMS como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra una persona, grupo o comunidad, que cause o pueda causar lesiones, muerte, daños psicológicos”⁴

Se dice también que “la Violencia Doméstica puede ser definida como el abuso físico, sexual o emocional que ocurre en una casa por un miembro de la familia a otro”.⁵

A su vez hablamos de violencia doméstica cuando una persona trata de controlar y de ejercer poder sobre su pareja en el contexto de una relación sentimental. Pueden darse diferentes tipos de abuso: físico, emocional, sexual o financiero.

En la mayoría de los casos, los maltratadores son varones y las víctimas, mujeres. Cualquier mujer, en cualquier tipo de hogar, puede verse afectada por la violencia doméstica. Existen una serie de señales de advertencia que pudieran indicar que tu relación es abusiva.⁶

Según la Organización de las Naciones Unidas, la Violencia Domestica es: La agresión o maltrato en la relación de pareja y dentro del núcleo familiar que se expresa en forma física, verbal, psicológica, sexual y mixta.⁷

Por lo que poco a poco la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema.

Se dice también que la violencia de género vienen hacer todas las formas de violencia que se dirigen contra las mujeres como consecuencia de su condición de género, con el objeto de mantener o incrementar la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre ellas. Ejemplos de este tipo de violencia serían todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral, etc.), el acoso e intimidación sexual, las violaciones, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, a manos de una figura masculina, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte.

Precisamente, por tratarse de un concepto que abarca tantas formas de acción violenta, es preciso utilizar denominaciones específicas para cada una de ellas, que recojan adecuadamente los matices que las diferencian. De manera más precisa, cuando la violencia de género es cometida por el cónyuge, pareja o ex pareja de la víctima, sea cual sea el grado de compromiso adquirido entre ellos, se ha denominado violencia familiar, violencia conyugal o violencia doméstica. Frecuentemente, estos términos se han utilizado indistintamente, pero la realidad es que el significado concreto de cada uno de ellos no es el mismo.⁸

A la vez se podría decir que: “La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos.¹ El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada; las definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla muestran en nuestro país una prevalencia del 15 al 32.1%, reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5% (Henales 2007).² La asociación entre violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas al nacimiento”⁹

2.1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMESTICA:

2.2.1.1. VIOLENCIA FÍSICA: Actos de agresión intencional en la que utilizan cualquier parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia, con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de otra persona, generalmente más débil, encaminado a su sometimiento y control.

Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: Empujones;

bofetadas; puñetazos; patadas; arrojar objetos; estrangulamiento; heridas por arma; sujetar; amarrar; paralizar; abandono en lugares peligrosos; negación de ayuda cuando la mujer está enferma o herida. La experiencia demuestra que el abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, muchas veces este tipo de violencia deja cicatrices, enfermedades que duran toda la vida, lesiones leves y/o severas e incluso puede causar la muerte.¹⁰

2.2.1.2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA: Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, amenazas, desprecio, aislamiento, expulsión del hogar o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.¹⁰

2.2.1.3. VIOLENCIA SEXUAL: Se considera la violencia sexual, desde su definición más amplia en donde incluye además de actos de violación; actos contra el pudor como: tocamientos, hostigamiento sexual, exhibicionismo; es decir, todo acto con fines sexuales que atenta contra la dignidad de las personas, se da mediante el uso de la fuerza o la amenaza de usarla, la intimidación, la coerción, chantaje, presión indebida, soborno, manipulación o cualquier otro mecanismo que anule, limite la voluntad personal de decidir acerca de la sexualidad y de la reproducción.¹⁰

2.1.3. CICLO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR O INTRAFAMILIAR

Muchas investigaciones han coincidido en lo que se denomina: El ciclo de la violencia. Se llama así al proceso en que suceden muchas relaciones en que la

violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 momentos o fases:

FASE I: AUMENTO DE TENSIÓN: En esta fase el agresor acumula tensión. Se muestra nervioso, irritable y no reconoce su cólera. Manifiesta hostilidad, provocaciones y verbalizaciones ofensivas y agresivas. Comienza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmos, largos silencios. Pueden aparecer algunos episodios de comportamiento agresivo dirigido más hacia objetos que hacia la persona (da portazos, arroja objetos, rompe cosas).

FASE II: EXPLOSIÓN VIOLENTA: Sigue una descarga incontrolada de las tensiones acumuladas (golpes, insultos, frases hirientes, abuso sexual, entre otras). Luego de la descarga desaparece la tensión y el estrés en el agresor. Si hay algún tipo de intervención —policía, fiscalía, familiares, amigos— aparenta calma y tranquilidad. Tiende a minimizar y culpar a la pareja diciendo que lo provocó, o que ella es la culpable de la situación. En esta fase los incidentes se tornan periódicos y las lesiones son cada día más graves. Cesa cuando el agresor descarga su tensión o repara en la magnitud del daño causado.

FASE III: ARREPENTIMIENTO Y RECONCILIACIÓN. Entra luego a una fase en la que el agresor muestra signos de arrepentimiento, se muestra amable, cercano y en ocasiones pide perdón o promete no ejercer más violencia, trata inclusive de reparar el daño. Da señales de amor y consideración y todo es felicidad. A esta falsa ilusión sigue un nuevo ciclo de tensiones, desde el momento que considera que está perdiendo el control sobre la víctima. Este ciclo se vuelve a repetir una y otra vez. La violencia familiar ocurre en personas que pertenecen a cualquier nivel educacional, económico o social, o de cualquier grupo cultural o religioso, de

diferente adscripción política, nación, país. Se manifiesta además tanto en hombres como en mujeres, aunque es mucho más frecuente en hombres por el estilo de relación patriarcal y machista que todavía prevalece en muchas familias. También lo podemos observar en hijos a padres y hacia personas mayores y entre otros familiares. En todos los casos, el patrón de la amenaza de ejercer violencia y su ejercicio dentro de la familia, son conductas aprendidas en su entorno y reforzadas por la violencia en los medios y en la sociedad y su estructura tradicional de dominación en la familia.¹¹

2.1.4. ABORTO ESPONTANEO:

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. El embrión o feto no puede sobrevivir por sí mismo fuera del útero en una etapa tan temprana del embarazo. El término médico para este tipo de aborto es aborto espontáneo o natural.

Muchas mujeres que sufren un aborto espontáneo no saben que se producen con bastante frecuencia. De cada 10 embarazos, de 1 a 2 terminan en un aborto espontáneo. Es muy posible que el aborto espontáneo se produzca al principio del embarazo; de hecho, 8 de cada 10 abortos espontáneos se producen durante el primer trimestre de gestación.¹²

Se define también: "Un aborto espontáneo es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de la semana 20 del embarazo. La mayoría de abortos espontáneos ocurren muy temprano en el embarazo, a menudo antes de que la mujer sepa que está embarazada. Hay muchas causas diferentes para un aborto

espontáneo. En la mayoría de los casos, no hay nada que pueda hacer para prevenir uno.”¹³

FACTORES:

- Problema genético del feto. Esta es la causa más común en el primer trimestre
- Problemas con el útero o el cuello uterino. Estas ocurren en el segundo trimestre
- Síndrome de ovario poliquístico¹²

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Los síntomas de un posible aborto espontáneo incluyen:
- Hemorragia vaginal o pérdidas de sangre
- Dolor abdominal fuerte
- Calambres fuertes
- Presión o dolor en la región lumbar
- Cambios en el flujo vaginal
- Estos síntomas pueden aparecer debido a una condición médica no tan grave como el aborto espontáneo. No obstante, debes consultar con un proveedor de atención de la salud para estar segura.¹³

2.1.5. AMENAZA DE ABORTO:

La amenaza de aborto se caracteriza por dolor en el bajo vientre (hipogastrio), sangrado por vagina, sin dilatación del cuello del útero o expulsión de partes del producto de la concepción. La base del tratamiento es el reposo, ya que se ha comprobado que en estas condiciones todo tipo de actividad física incluyendo la

sexual, favorece a la precipitación del aborto y por consiguiente a la pérdida del embarazo.¹⁴

En un estudio de la revista médica de Costa Rica y Centroamérica se dice que: “La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción.”¹⁵

SIGNOS Y SINTOMAS:

Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Amenorrea secundaria
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas)
- Volumen uterino acorde con amenorrea ¹⁶

COMPLICACIONES

- Anemia
- Infección
- Aborto espontáneo
- Pérdida de sangre moderada o severa ¹⁵

2.1.6. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:

Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cervix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.¹⁷

Se define también como: “la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un período mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2 cm.”¹⁸

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro.
- Sangrado vaginal rojo y brillante.
- Una secreción espesa y mucosa con sangre proveniente de la vagina.
- Ruptura de membranas
- Más de cinco contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas.
- Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más cercanas.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON PARTO PRETÉRMINO

- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna ≤ 18 o ≥ 40 años.
- Estrés.
- Abuso doméstico.
- Violencia familiar.
- Alcoholismo.
- Abuso de sustancias tóxicas.

- Bajo índice de masa corporal pregestacional.
- Baja ganancia de peso durante el embarazo.
- Antecedentes de fetos muertos y/o partos pretérminos anteriores.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de aborto tardío.
- Factores uterinos (anomalías).
- Colonización cervical por gérmenes.
- Traumatismos.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones¹⁷

2.1.7. RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS:

Se entiende por rotura prematura de membranas (RPM) la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina. ¹⁹

Se define a su vez como la ruptura de las membranas amnióticas, con salida de líquido amniótico de más de 1 hora, antes de desencadenarse el trabajo de parto. Al hablar de RPM se debe tener en cuenta el periodo de latencia, el cual es el intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Existe desacuerdo en la literatura actual sobre la duración del periodo de latencia, para que se hable de ruptura prematura de membranas, pero se ha sugerido que sea entre 1 y 12 horas; igualmente, se propone que se considere ruptura prolongada de membranas cuando el periodo de latencia sea mayor a 24 horas. ²⁰

LA ETIOLOGÍA DE LA RPM

- Causas infecciosas (amnionitis, cervicitis y otras vaginosis)
- Aumento del volumen intrauterino (polihidramnios y embarazo múltiple)
- Hemorragia subcoriónica
- Coito
- Anomalías estructurales bioquímicas (síndrome de Ehlers-Danlos)
- Trauma materno
- Abuso de sustancias, incluyendo tabaquismo
- Patología del cuello uterino.²⁰

2.1.8. PLACENTA PREVIA

Usamos el término placenta previa (PP) cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero.²¹

Se han reconocido 4 tipos de esta anomalía:

Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad

Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta.²²

SÍNTOMAS

El síntoma más común de esta complicación del embarazo es el **sangrado vaginal** repentino e indoloro. Se suele detectar mediante una ecografía que muestra la posición de la placenta, ya que un examen vaginal puede producir una hemorragia fuerte. No existe tratamiento para esta complicación porque no se puede modificar la posición de la placenta.²¹

ETIOLOGIA:

Factores ovulares: un retraso en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.

Factores maternos: parece que las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.

Edad materna: a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor.

Multiparidad: en un estudio estadounidense se informó de una incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres multíparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.

Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así mismo, los legrados también estarían implicados en la génesis de placenta previa.

Tabaquismo: Williams encontró que el RR de placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. Ananth y Handler confirmaron estos

datos. La hipoxemia producida por el monóxido de carbono produciría una vascularización decidual defectuosa y una hipertrofia placentaria compensadora.

Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática.²²

2.1.9. GANANCIA DE PESO BAJO EN EL EMBARAZO:

Es cuando la ganancia de peso se encuentra por debajo de -1 DE. Una ganancia de peso baja aumenta el riesgo de tener un niño de bajo peso. Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacer e, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal.²³

CONSECUENCIAS BAJO PESO:

Según los estudios que se han realizado, las mujeres embarazadas de bajo peso son más propensas a:

- Tener un bebé con un peso y tamaño inferior a lo normal(RCIU)
- Tener un parto prematuro.
- Mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo
- Problemas de desarrollo del bebé
- Trastornos de aprendizaje
- Mayor riesgo de muerte tras su nacimiento²⁴

2.1.10. HEMORRAGIA

Es el sangrado vaginal, entre la cuarta y la sexta semana de embarazo puede producirse una ligera pérdida de color amarronada o rosada que dura uno o dos días, parecida a la que puedes tener cuando comienza o acaba tu menstruación. No suele ir acompañada de dolor abdominal o si lo hay, es leve. Si bien cuando ocurre la concepción el organismo envía señales químicas para evitar que se produzca la menstruación, en ocasiones al implantarse el óvulo fecundado en las paredes del útero se erosiona el tejido endometrial produciendo un leve sangrado llamado “sangrado de implantación”.²⁵

Se define también como: “Cualquier derrame de sangre por la vagina durante el período comprendido desde el momento de la concepción hasta la conclusión del embarazo. Este fenómeno se presenta aproximadamente en la 3ª parte de las embarazadas durante el primer trimestre del embarazo y este número disminuye a un 10% en el último trimestre. El momento del embarazo en el que se produce el sangrado, la cantidad y la presencia o ausencia de dolor pueden variar según la causa.”²⁶

Se dice también que la hemorragia es la pérdida sanguínea que puede presentarse en el período grávido puerperal, superior a 500 ml post parto, 1000 ml post cesárea proveniente de genitales internos o externos hacia el interior de la cavidad peritoneal o hacia el exterior a través de genitales externos.²⁷

CAUSAS

PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

- Sangrado por implantación del embrión en el útero.
- Cambios hormonales.
- Un Papanicolaou o examen interno

- Hematomas retrocoriales
- Amenaza de aborto
- Aborto espontáneo
- Embarazo anembriónico
- Muerte fetal u óbito
- El embarazo ectópico

SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

- Traumatismos en el cuello del útero
- Placenta previa o de inserción baja
- Desprendimiento de la placenta o Abruption placenta
- Parto pretérmino o prematuro

TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

- Parto prematuro,
- Ruptura uterina²⁶

2.1.11. RETRASO EN EL CONTROL PRENATAL:

El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal²⁸

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.²⁹

En un estudio realizado define como: “Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.”³⁰

El control prenatal es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básico: debe ser: precoz o temprano, periódico o continuo, completo o integral y extenso o de amplia cobertura.

Precoz.- El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además toma factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstetricia que debe recibir y el lugar en el que ésta ha de realizarse.

Periódico.- La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varia según el tipo de problema presente. Las de menor riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares.³⁰

2.1.12. BAJO PESO AL NACER:

Los recién nacidos con bajo peso (aquellos que pesan menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognitivas. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.³¹

FACTORES DE RIESGO

- Embarazo en la adolescencia.
- Desnutrición de la madre (peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación).
- Hábito de fumar.
- Antecedentes de niños con bajo peso.
- Hipertensión arterial durante el embarazo.
- Incompetencia istmicocervical.
- Embarazos gemelares.
- Anemia.
- Sepsis cervicovaginal.³¹

2.1.13. LESIONES FETALES:

El traumatismo es la causa más frecuente de morbilidad materno-fetal en el periodo fértil de la mujer. El aumento de esta siniestralidad es consecuencia de tres fenómenos sociales superpuestos, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el incremento del tráfico automovilístico y la violencia. Las estadísticas muestran que los traumatismos son la principal causa no obstétrica de muerte materna en los países industrializados. Su secuela más importante es la muerte fetal. La muerte materna de causa traumática casi siempre es el resultado de lesiones cerebrales o shock hemorrágico. Alrededor del 8% de los embarazos resultan complicados por traumatismos físicos. A medida que progresa el embarazo parece aumentar el riesgo de traumatismos. En el tercer trimestre de embarazo, los traumatismos menores son más frecuentes que en cualquier otro momento de la vida de la mujer adulta. Se informa de muchos más casos en el tercer trimestre que al comienzo de la gestación. Las respuestas del organismo de la mujer embarazada a la situación traumática son diferentes a las de las personas no embarazadas. Existen una serie de modificaciones maternas que afectan a todos los órganos. El tratamiento de los traumatismos durante el embarazo tiene consideraciones especiales debido a la presencia del feto y a las modificaciones fisiológicas que sufre la mujer. La supervivencia fetal depende de la materna, por ello hay que tratar de estabilizar cuanto Traumatismos en la embarazada antes a la madre y proporcionarle los cuidados apropiados para que el resultado fetal sea óptimo. Las prioridades del tratamiento en la embarazada traumatizada siguen siendo las mismas que para la no embarazada. Primero hay que reanimar y estabilizar a la madre y segundo controlar al feto. El mejor tratamiento para el feto es tratar y estabilizar correctamente a la madre.³²

TRAUMATISMO PARA EL FETO:

Cuando la violencia ocurre durante el embarazo, las consecuencias inmediatas en el bebé pueden ser, entre otras, muerte, traumatismos, problemas respiratorios por falta de desarrollo de los pulmones, deformaciones ortopédicas, anemia, alteración de su sistema circulatorio, hemorragias, ruptura de órganos, falta de oxigenación (hipoxia), traumatismo del cráneo y daño en el cerebro, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, etc.³³

El rechazo que puede experimentar una madre hacia el producto que trae en su vientre, también se considera una forma de maltrato, ya que el bebé en gestación es sumamente sensible a las reacciones del medio externo y en este caso principalmente de la madre.

Las consecuencias tardías son: falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia, riesgo elevado de muerte del bebé en el primer año de vida, maltrato infantil y posibilidades limitadas para su desarrollo físico, emocional, afectivo y social.

Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento.³⁴

Cuando el bebé crece en un ambiente destructivo o tóxico, como puede ser en un hogar en el cual la violencia es la forma de relacionarse, es un niño que va a presentar una alta irritabilidad, siendo un niño que llora todo el tiempo, demandante de la madre, intolerante y con falta de apetito, ello genera estrés en ambos padres, que se ven imposibilitados de calmar al niño, creándose un círculo

vicioso que genera más violencia, a través de los reclamos, las culpas y la intolerancia por parte de ambos padres.³⁴

TRAUMA CERRADO

Se dice también: La pared abdominal, el miometrio y el líquido amniótico actúan como amortiguadores para el feto en el trauma cerrado. Aún así, las lesiones fetales pueden ocurrir al golpear directamente la pared abdominal; el traumatismo indirecto al feto ocurre por el efecto de contragolpe o estiramientos que producen un desprendimiento placentario. En los vehículos, las pacientes que no llevan puesto el cinturón de seguridad corren alto riesgo de parto prematuro y muerte fetal; la activación del airbag no aumenta los riesgos sobre la madre ni el feto y no está contraindicado su uso. El enfoque diagnóstico se debe dirigir a la búsqueda de ruptura uterina, desprendimiento placentario (abruptio placenta), hemorragia feto-materna, coagulación intravascular diseminada y las otras lesiones materna como el T.E.C, las fracturas pélvicas, lesión vesical y los estallidos de órganos sólidos intrabdominales (hepáticos o esplénicos con inestabilidad hemodinámica), lesiones retroperitoneales y hematomas por aumento en la vascularidad.³⁵

2.1.14. MUERTE FETAL INTRAUTERINA:

Es cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas; es decir, cuando ha alcanzado un desarrollo tal que, en condiciones óptimas, la vida fuera del útero pudiera haber sido posible.³⁶

Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera

haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”.³⁶

ETIOLOGIA Tradicionalmente la causa de muerte fetal se ha diferenciado en maternas, fetal y placentaria, siendo las más habitualmente citadas las siguientes:

Maternas:

Embarazo prolongado.

Diabetes mellitus.

Lupus eritematoso sistémico.

Infecciones.

Hipertensión arterial.

Preeclampsia.

Eclampsia.

Edad materna muy precoz o avanzada.

Hipotensión severa materna.

Muerte materna.

Fetales:

Gestación múltiple.

Retardo de crecimiento intrauterino.

Anomalías congénitas.

Anomalías genéticas.

Infección.

Placentarias:

Accidente de cordón.

Abrupto placentario.³⁷

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

XIMENA VERONICA BOHLE URRUTIA, Chile, (2008), hizo una investigación titulada “Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia Y Ginecología Del Hospital Clinico Regional Valdivia”. El objetivo de la investigación fue analizar la prevalencia y características de la violencia doméstica durante el embarazo en las mujeres cuyo parto normal, cesárea o aborto hayan sido atendidos en el Servicio de Obstetricia. El método que utilizó fue exploratorio descriptivo. Utilizó una encuesta como técnica de recolección de datos, se realizaron entrevistas personales y como instrumento metodológico un cuestionario especialmente diseñado para alcanzar los objetivos del estudio, las preguntas fueron de tipo cerradas permitiendo así que las entrevistadas respondan de manera objetiva y confiable, sin espacio a la inducción de respuestas ni interpretaciones subjetivas por parte de la investigadora. Las conclusiones a las que llegó fueron que el instrumento usado específicamente para la detección de violencia doméstica permitió identificar una prevalencia de violencia durante el embarazo de un 13,2% (N=31), en todos los casos el victimario fue la pareja. Cabe destacar que en 10 de estos casos la violencia se colocó en manifiesto sólo al indagar detalladamente sobre sus manifestaciones. La violencia aproximadamente un año previo al embarazo correspondió a 16,2% en esta misma población. Las manifestaciones de la violencia constatan que con mayor frecuencia los agresores acudieron al uso de violencia psicológica en un 96,7%, para la violencia física leve un 19,4%, violencia física grave un 9,7%, y violencia sexual un 9,6% y para todos los casos el agresor fue la pareja. En la relación embarazo y variación de la violencia este

estudio muestra que en el grupo de mujeres maltratadas durante el embarazo, existió un incremento en la frecuencia de la violencia psicológica en tanto que la violencia sexual disminuyó en frecuencia e intensidad. Un porcentaje importante de mujeres (29%) tenían más de tres hijos durante el curso del último embarazo y el 64,5% no contaba con algún tipo de actividad remunerada es decir eran dependiente económicamente de su pareja, características que se relacionan según las evidencias a un mayor riesgo de ser víctima de violencia intrafamiliar.³⁸

Así mismo; **GRACIELA COLOMBO Y COLS., BUENOS AIRES (2005)**, hizo una investigación titulada “Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio”, El estudio se propone conocer la prevalencia de casos de violencia familiar en las consultas de mujeres concurrentes al Servicio de Maternidad y Obstetricia, durante la etapa de embarazo, parto y puerperio. Se diseñó un protocolo para la detección de casos de violencia y se aplicó una entrevista estructurada a 529 mujeres consultantes al Servicio de Maternidad y Obstetricia, en consultorios externos e internación. Los resultados que se presentan forman parte de los productos alcanzados a través de un Proyecto UBACYT (AS41), aprobado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA. El trabajo en campo se realizó en el Servicio de Maternidad y Obstetricia de un Hospital perteneciente al ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. el objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de casos de violencia familiar en las consultas de mujeres durante la etapa de parto, embarazo y puerperio.. Se obtuvieron las siguientes conclusiones: Se encontró una incidencia importante en los casos de violencia intrafamiliar asociada a embarazo adolescente. La incidencia de violencia en mujeres con gran número de hijos fue significativa. La violencia intrafamiliar, afecta a la población con alto nivel de

instrucción. Se constataron efectos sobre la salud física y psíquica de las situaciones de violencia física o combinada con abuso sexual.³⁹

Por otra parte **SUSANA VALENZUELA PÉREZ, EN COLIMA-MÉXICO, (2004)**, realizó la investigación titulada “Violencia Intrafamiliar como Factor de Riesgo en la Mujer Embarazada y su Producto”. El objetivo de la investigación fue el identificar la violencia intrafamiliar en la embarazada como un factor de riesgo para ella y su producto. El método utilizado fue casos y controles. Se aplicó un cuestionario de auto diagnóstico de violencia intrafamiliar con puntuación, considerándose casos de violencia a aquellos que obtuvieron un puntaje entre los 12 y 45 puntos; y controles a la puntuación de 0 a 11. Las conclusiones entre otras fueron: La incidencia de violencia intrafamiliar fue del 30.8 % y se le identificó como un problema presente en la mujer embarazada.⁴⁰

De la misma forma **ARMANDO CEPEDA, (2011)**, realizó una investigación titulado “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso Bajo” tuvo como Objetivo: Establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. El material y métodos utilizados fueron: Estudio de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calcularon riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal. Resultados: La violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados). La conclusión fue: La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma

abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas). En la actualidad la Violencia durante el embarazo, es un tema poco estudiado en nuestro país, existen pocas investigaciones que afirman haber encontrado una relación entre la violencia en gestantes con el riesgo de presentar complicaciones maternas, tal es el caso de un estudio que se llevó a cabo en el 2007 en el hospital María Auxiliadora, donde en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales, así como una mayor mortalidad perinatal.⁴¹

2.1.2. A NIVEL NACIONAL:

ANGELA MARLENE SALAS ARRIAGA Y DIANA ELISA SALVATIERRA AGUILERA, LIMA, PERU (2012), realizó una investigación titulada “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”. Donde tiene por objetivo, analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas. Donde concluye diciendo: Al analizar las características generales de las adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar en el embarazo, se observa una mayor frecuencia de: convivientes (55.2%), nivel de instrucción incompleto (65.5%), procedencia de la costa (96.5%). El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente es la violencia psicológica (94.8%), en un menor porcentaje se presentan la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). De las participantes el 20.7 % manifiesta ser víctima de más de un tipo de violencia intrafamiliar. De dicho porcentaje el 3.5% refieren los tres tipos de violencia intrafamiliar. Respecto a las características de la violencia física el 40% de las adolescentes es agredida por la madre, el tipo de

agresión más frecuente son los golpes en el cuerpo (50%). El 50% de las participantes convive con el agresor. La mayoría de los casos de violencia física es acompañada de violencia psicológica (13.7%). Respecto a la violencia psicológica la mayoría de adolescentes es agredida por la pareja (34.6%), el tipo de agresión psicológica más frecuente son los gritos (92.7%). El 61.8% de víctimas de violencia psicológica convive con el agresor. En relación a la violencia sexual, el tipo de agresión más frecuente es el acoso sexual en un 100% de los casos, solo una participante refiere abuso sexual por un familiar.⁴²

Seguidamente **GONZALES GUERRERO ERIKA CRISTINA, LIMA, PERU (2014)**, realizó una investigación titulado “Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé Enero – Marzo 2014”, el cual tuvo como objetivo: Identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes. La conclusión a la que llegó fue: Los factores socioeconómicos son uno de los factores más representativos con la violencia en gestantes adolescentes; encontrándose la edad de 15 a 19 años con mayor frecuencia con un 94.3% en la violencia física, 90.2% en la violencia psicológica, 88.9% en la violencia sexual; el grado de instrucción secundaria incompleta se encontró en mayor frecuencia antes del embarazo con 45.7% en la violencia física, 42.7% en la violencia psicológica, 44.4% en la violencia sexual; la ocupación ama de casa es la de mayor frecuencia con 62.9% en la violencia física, 62.2% en la violencia psicológica, 38.9% en la violencia sexual; el estado civil conviviente es el de mayor frecuencia con 58.6% en la violencia física, 58.5% en la violencia psicológica, 50% en la violencia sexual. Los factores de desarrollo biológico es el otro factor más representativo con la violencia en gestantes adolescentes; encontrándose la menarquia con mayor frecuencia en el grupo

etéreo de menor o igual a 13 años con 81.4% en la violencia física, 81.7% en la violencia psicológica, 94.4% en la violencia sexual; la edad de inicio de relaciones sexuales con mayor frecuencia fue entre los 15 a 19 años con 81.4% en la violencia física, 72% en la violencia sexual, 66.7% en la violencia sexual; las gestantes adolescentes con una parejas sexual fueron las de mayor frecuencia con 61.4% en la violencia física, 59.8% en la violencia psicológica, 44.4% en la violencia sexual; las gestantes adolescentes que no planificaron su embarazo se encontraron en mayor frecuencia con 78.6% en la violencia física, 80.5% en la violencia psicológica, 77.8% en la violencia sexual; las gestantes adolescentes que si aceptaron su embarazo se encontraron en 93 mayor frecuencia con 57.1% en la violencia física, 58.5% en la violencia psicológica, 61.1% en la violencia sexual.⁴³

De la misma forma, **LUIS TÁVARA OROSCO, LUIS ORDERIQUE, TULA SEGARRA, SILVIA HUAMANI Y COLS.,(2007)**, realizaron una investigación titulada “Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género”. El objetivo del estudio fue reactualizar la prevalencia de la violencia contra las mujeres atendidas en los servicios de obstetricia del Cono Sur de Lima y establecer la asociación entre la violencia y patología materna y perinatal. El diseño de la investigación fue analítica del tipo cohorte y se aplicó una encuesta a 733 puérperas antes del alta, para identificar la presencia de violencia contra la mujer. Se clasificó las respuestas en tres grupos: sin violencia (30.7 %), con historia de violencia (37,4 %) y con violencia durante el embarazo (31.9 %). En cada caso se revisó la historia clínica perinatal y se verificó las variables demográficas también las complicaciones maternas y perinatales. Se obtuvieron los siguientes resultados: En el grupo con violencia durante el embarazo, fue

significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales así como una mayor mortalidad perinatal.⁴⁴

A su vez **EVELINA ANDREA RONDÓN ABUHADBA, 2009(Cusco)**, Estudio la “Prevalencia y Características de la Violencia Intrafamiliar en Gestantes Usuarias del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco, setiembre 2006 – marzo 2007”, tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes, Concluyo que un 17 % de Gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007 fueron Víctimas de Violencia Doméstica, 43% de las gestantes con violencia doméstica eran convivientes, el 42 % tenían educación secundaria y el 28% eran analfabetas, el 52% de gestantes violentadas tenían de 9 a 20 semanas de gestación, el 26% presentaron aborto como consecuencia clínica de la violencia sufrida, con un 63% dentro de este grupo con aborto provocado y un . 6% de mujeres violentada refirió que al personal de salud no le interesa el tema de violencia doméstica durante sus entrevistas con ellos.⁴⁵

Finalmente **BANIA KAREN VALDERRAMA ARAUJO GABY MALENA PEDEMONTE SANTILLAN, TARAPOTO (2013)**, realizo una investigación el tema fue “Violencia intrafamiliar y su influencia en las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales, distrito de Morales. Mayo - Octubre 2013”, donde tuvo como objetivo: Determinar la influencia de la violencia intrafamiliar en las complicaciones del embarazo en adolescentes, donde concluyeron diciendo: Existe una relación significativa positiva entre la Violencia Intrafamiliar y las Complicaciones del Embarazo en Gestantes Adolescentes. El 95.7% de las adolescentes embarazadas se ubican en el grupo de edad de adolescentes tardíos (entre 15 y 19 años); el 61.7%, tienen la condición de estado

civil conviviente; y el 38.3% (18) son de estado civil solteras; y el 63.8% de las gestantes adolescentes son amas de casa. La violencia psicológica prevalece con una puntuación media de 4.83; seguida por la violencia física con una puntuación media de 2.94; la violencia económica con una media de 2.79; y la violencia sexual es la menos prevalente con una puntuación media de 1.62. En orden de precedencia, el 76.6% de las adolescentes embarazadas presentaron infecciones del tracto urinario; el 51.1% hiperémesis gravídica; el 42.6% adolecen de anemia; y el 31.9% presentó amenaza de aborto; otras complicaciones evidenciadas son infecciones genitales 17.0%; retardo de crecimiento intrauterino, 14.9%; amenaza de parto prematuro, 8.5%; y el 6.4% hipertensión gestacional.⁴⁶

2.1.3. A NIVEL REGIONAL:

En el **Hospital Manuel Nuñez Butrón y colegios de educación secundaria en la ciudad de Puno, (2006), por Flores y Schirmer** titulada “Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú”; a partir del análisis de las entrevistas de 100 adolescentes embarazadas (casos) y 100 adolescentes no embarazadas (controles) se encontró: un 63% de casos de violencia física en comparación al 80% que reportaron las adolescentes no embarazadas. En ambos grupos la agresión física más frecuente fue el tirón de cabellos y el agresor con mayor porcentaje fue el padre. El 99% de adolescentes embarazadas refirió violencia psicológica siendo la causa más frecuente la desobediencia. La cifras de violencia sexual en el grupo de adolescentes embarazadas corresponde a un 53%, de las cuales 5.7% refieren como agresor a un familiar.⁴⁷

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. MATERIALES Y METODOS

3.1.1. AMBITO O LUGAR DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Desaguadero que se encuentra ubicado en el Jirón Grau N°279, cuenta con un área construida de material noble, de un nivel cuenta con 25 ambientes operativos, con servicio de internamiento y donde laboran un total de 44 profesionales de la Salud, de Medicina General, Enfermeras, Obstetrices, Biólogos, Odontólogos, Nutricionistas, Técnicos en Enfermería, Técnicos Sanitarios y Auxiliares en Enfermería, entre otros.

El Centro de Salud Desaguadero, es el único establecimiento de salud del MINSA, fronterizo donde se atiende partos; lugar donde se concentra una cantidad de 180 gestantes a 200 gestantes por año.

3.2. POBLACION Y MUESTRA:

La población en estudio fue de 47 mujeres en etapa de puerperio mediato que presentaron violencia doméstica, que fueron atendidas en el Centro de Salud Desaguadero, este dato fue obtenido de estadística de la micro red Desaguadero

y de los archivos de historias clínicas en las fichas de tamizaje, del Centro de Salud Desaguadero.

La muestra estuvo conformada por 47 mujeres en etapa de puerperio mediano y que contaron con todos los datos de interés para la presente investigación para estimar con un 95% de confianza

3.2.1. METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Mujeres en etapa de puerperio mediano, con diagnóstico de violencia doméstica que cumplan con los datos de interés y deseen participar de la presente investigación.

3.2.1.1. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE LA MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Madres puérperas que presentaron violencia doméstica durante su gestación

Madres que acepten voluntariamente y tengan consentimiento informado para participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Madres en puerperio mediano, que no tengan el diagnóstico de violencia doméstica

3.3. METODOS:

3.3.1. TIPO Y DISEÑO:

La presente investigación fue de tipo descriptivo transversal correlacional causal no experimental que busca explicar porque y cómo influye la violencia doméstica

tanto en los aspectos físicos, psicológicos y sexual en la mujer embarazada, víctimas de violencia domestica que fueron atendidas en el Centro de Salud Desaguadero.

El diseño del estudio es descriptivo transversal correlacional causal por ser el más adecuado para alcanzar los objetivos planteados, debido a que la situación estudiada fue descrita en un periodo de tiempo delimitado.

3.3.2. TECNICA:

La técnica fue la encuesta estructurada que consistió en realizar preguntas según las variables sobre la violencia doméstica y el riesgo obstétrico a las madres puérperas que presentaron violencia domestica durante su gestación.

3.3.3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

COORDINACION: Se coordinó con el jefe de la micro red de Desaguadero, se obtuvo la autorización para realizar la encuesta a las mujeres en etapa de puerperio mediato.

OBTENCION DE LA MUESTRA: De 47 mujeres en etapa de puerperio mediato, con diagnóstico de violencia doméstica.

ENCUESTA: Se realizó siguiendo el esquema:

- Se puso en conocimiento a la mujer en etapa de puerperio sobre el estudio que se realizó y los alcances que este traerá para la mejora del servicio y la población en general del distrito de Desaguadero.
- Se procedió a la realización de investigación se utilizó un cuestionario debidamente estructurado e impreso, que contiene 30 preguntas con respuesta de alternativas múltiples elaborado por la investigadora, la cual

se le dio un puntaje de 2 puntos a la respuesta Siempre, 1 punto a la respuesta A veces y 0 a la respuesta Nunca; el cual permitió dirigirnos a las puérperas mediatas, para lo cual estará constituido por las siguientes partes:

- La primera sección recaudó la información que corresponde a los datos generales de la puérpera: se considera edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil
- La segunda sección recaudó la información que corresponde a los tipos de violencia a los que fue sometida la puérpera.
- La tercera sección recaudó la información sobre el factor de riesgo obstétrico, las condiciones del embarazo y el feto.
- En cuanto a los factores de riesgo obstétrico se realizó una entrevista y la revisión de la historia clínica, que recaudó información del desarrollo del embarazo y culminación del mismo, así como del feto.

ESCALA DE VALORACION

En el caso de la **variable independiente**, constituida por los indicadores: violencia domestica (15 preguntas) en los aspectos físico, psicológico y sexual(c/u con 6, 5 y 4 preguntas), se utilizó la escala Lickert, otorgándose el valor “0” a la respuesta “**NUNCA**”, valor “1” a la respuesta “**A VECES**” y el valor “2” a la respuesta “**SIEMPRE**”, obteniéndose resultados por cada indicador con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

En el caso de la **variable dependiente**, constituida por factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto: riesgo obstetrico (5 preguntas), en el embarazo (3 preguntas) y del feto (3 preguntas), se utilizó la escala Lickert, otorgándose el

valor “0” a la respuesta “**NO**”, valor “1” a la respuesta “**SI**”, lo que permitió lograr una escala vigesimal que se muestra a continuación:

- Violencia física =12 puntos
- Violencia psicológica =10 puntos
- Violencia sexual = 8 puntos 30 puntos
- Factor obstétrico =5 puntos
- Embarazo = 3 puntos
- Feto = 3 puntos 11 puntos

- La calificación en lo que corresponde a violencia física se dio de la siguiente manera

VIOLENCIA FISICA	SIEMPRE	9-12 puntos
	A VECES	5-8 puntos
	NUNCA	0-4 puntos
	TOTAL	12 puntos

- La calificación en lo que corresponde a violencia psicológica se dio de la siguiente manera

VIOLENCIA PSICOLOGICA	SIEMPRE	7-10 puntos
	A VECES	4-6 puntos
	NUNCA	0-3 puntos
	TOTAL	10 puntos

- La calificación en lo que corresponde a violencia sexual se dio de la siguiente manera

VIOLENCIA SEXUAL	SIEMPRE	6-8 puntos
	A VECES	3-5 puntos
	NUNCA	0-2 puntos
	TOTAL	8 puntos

- La calificación en lo que corresponde a factor de riesgo obstétrico, se dio de la siguiente manera

RIESGO OBSTETRICO	SI	3-5 puntos
	NO	0-2 puntos
	TOTAL	5 puntos

- La calificación en lo que corresponde en el embarazo y feto, se dio de la siguiente manera

EN EL EMBARAZO Y EN EL FETO	SI	2-3 puntos
	NO	0-1 puntos
	TOTAL	3 puntos

- La calificación que se obtuvo agrupando la variable independiente y dependiente se procedió a convertir al sistema vigesimal que permitió clasificarlo en la siguiente escale:

VIOLENCIA DOMESTICA	Siempre	= 16-30 puntos
	A veces	= 11-15 puntos
	Nunca	= 0-10 puntos
FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO	SI	= 6 - 11 puntos
	NO	= 0 - 5 puntos

- Al finalizar se agradeció a la mujer encuestada por su colaboración en el estudio.

CONFIABILIDAD: En una primera fase la validez del instrumento se realizó en base al marco teórico de la variable independiente (violencia domestica) y de la variable dependiente (factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazo y el feto), seguidamente se procedió a realizar la validez de contenido a través del juicio de los expertos; para esto se contó con el apoyo de dos expertos sobre violencia doméstica y uno en metodología de la investigación, quienes evaluaron el cuestionario y recomendaron realizar algunos ajustes pertinentes al instrumento, los cuales fueron tomados en consideración y ejecutados; expidiéndose las respectivas hojas de validación (Anexo N°01).

3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	PARAMETROS A EVALUAR	DEFINICION	INDICADOR		Indic e
			S	A N	
INDEPENDIENTE VIOLENCIA DOMESTICA Violencia domestica cuando una persona trata de controlar y de ejercer poder sobre su pareja en el contexto de una relación sentimental. Acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros, que perjudica la vida, el cuerpo, la integridad psicológica, o la libertad de otro miembro de la familia	FISICO	1.Te empuja a patadas 2.Te da cachetadas o puñetazos 3.Te da paliza, quemaduras 4.Te amordaza cuando quieres gritar 5.Te pegan y te empujan por las escaleras estando embarazada 6. Te lesiona en la cabeza, abdomen estando embarazada	S	A N	2 1 0
	PSICOLOGICO	1.Te menosprecian como madre gestante 2.Te grita con palabras y gestos ofensivos 3.Utiliza insultos y lenguaje despectivo 4. Te critica y amenaza con arma constantemente 5.Te humilla ante familiares y publico	S	A N	2 1 0
	SEXUAL	1.Te violan y pegan repetidamente, te desnudan a la fuerza y violan, te dicen que es tu deber. 2.Te violan delante de tus hijos 3.Te violan en momentos en que los que uno esta particularmente vulnerable, por ejemplo; tras haber dado a luz. 4. Te degradan sexualmente	S	A N	2 1 0

VARIABLES DEPENDIENTE FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y EL FETO Consecuencias obstétricas de la violencia domestica	OBSTETRICO	1. aborto espontaneo 2.amenaza de aborto 3.Amenaza de parto pre termino 4.Ruptura prematura de membranas 5.placenta previa	SI	NO	1 0
	EMBARAZO	1. ganancia de peso bajo en el embarazo 2. hemorragia 3.retraso en el control prenatal	SI	NO	1 0
	FETO	1.Bajo peso al nacer 2.Lesiones fetales 3.muerte fetal intrauterina	SI	NO	1 0

VARIABLES INTERVINIENTES

VARIABLE	INTERRELACION	INDICADORES
1.EDAD : Tiempo transcurrido a través del tiempo	Interviniente	15-20 años 21-30 años 31-40 años 41-a mas
2. EST. CIVIL: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Interviniente	soltera conviviente casada divorciada
3.NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Años cursados de educación formal	Interviniente	superior secundaria primaria ninguna
4. OCUPACION: Trabajo que impide utilizar el tiempo en otra cosa, empleo y oficio.	Interviniente	estudiante ama de casa comerciante profesional

3.5. TECNICA DE PROCESADO Y ANALISIS DE DATOS:

Finalizada la aplicación del instrumento, los datos recolectados fueron tabulados y procesados en forma ordenada en la base de datos Microsoft Excel.

El análisis e interpretación de la información obtenida se realizó la tabulación de datos en el sistema SPSS versión 22.0, donde fue vaciado la información a fin de

obtener las medidas de tendencia central de cada variable de estudio, así como sus respectivas tablas y gráficos, expresando la información obtenida en números absolutos y porcentajes:

Según los objetivos las hipótesis y la operacionalización de variables del estudio se realizaron los análisis de porcentajes, promedio, desviación estándar, varianza y la prueba de hipótesis que se utilizó fue la chi cuadrada.

Donde quinto objetivo (Relacionar la violencia doméstica con riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto).

PRUEBA DE HIPOTESIS:

HIPOTESIS GENERAL:

La violencia doméstica es un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y el feto.

HIPOTESIS ESPECÍFICA:

Ho: la violencia doméstica no presenta un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y el feto

Ha: la violencia doméstica presenta un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y el feto

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \rightarrow X^2_{(k-1)}$$

Dónde:

O_{ij} = Numero observado de casos clasificados en la categoría de i

E_{ij} = Numero esperado de casos en la categoría de i conforme a H_0

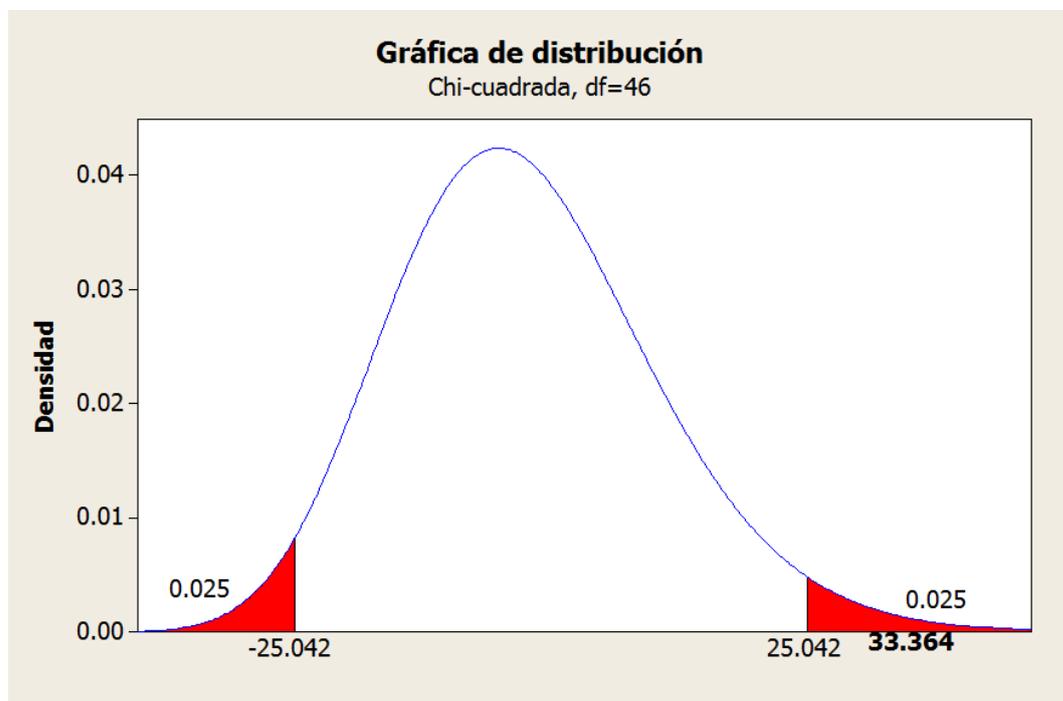
		VIOLE_DOMES			
		NUNCA	A_VECES	SIEMPRE	Total
RIESGO_OBST	SI	2	20	5	27
	NO	20	0	0	20
	Total	22	20	5	47

O_{ij}

0.000	0.000	0.000
10.213	8.511	1.277
13.787	11.489	1.723

E_{ij}

0.000	0.000	0.000
9.379	8.511	1.277
6.948	6.304	0.946



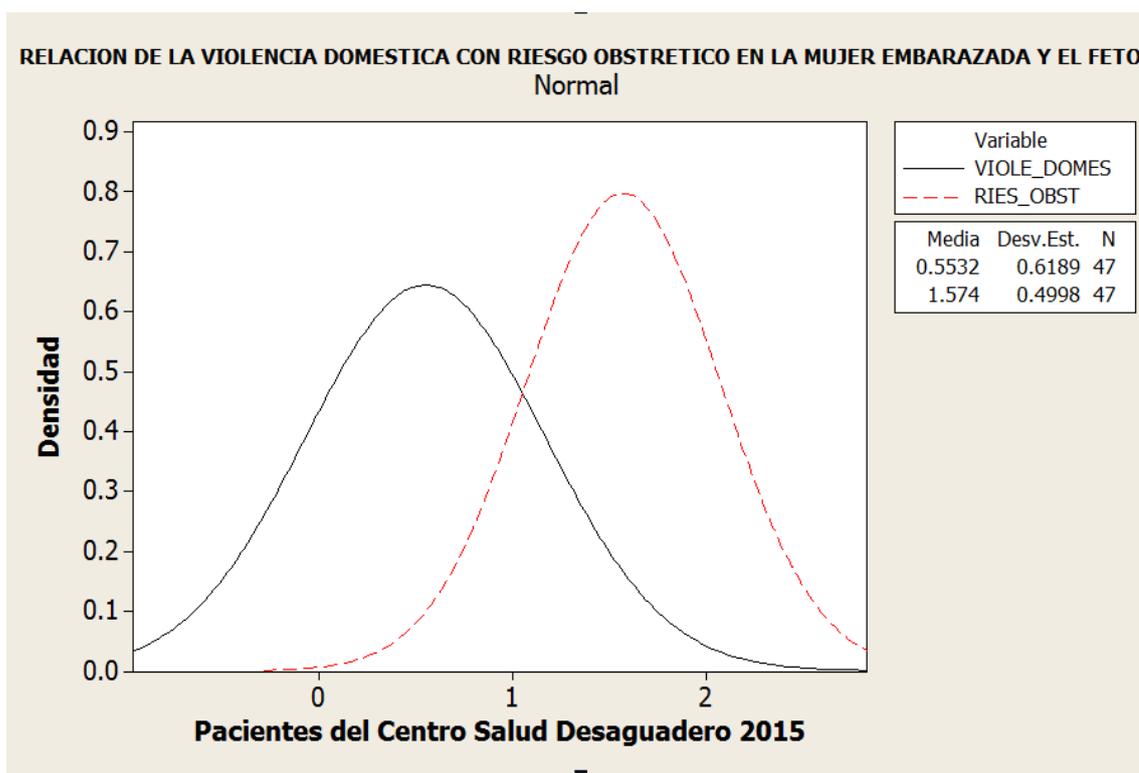
$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 33.364 X^2_{(k-1)} = 25.042$$

Decisión:

Por lo tanto no se rechaza H_a . Concluimos que, en el Centro de salud de Desaguadero la violencia domestica presenta un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y el feto existe riesgo obstétrico y violencia doméstica en la mujer embarazada y el feto.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33,364 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	42,482	2	,000
Asociación lineal por lineal	27,819	1	,000
N de casos válidos	47		





Por lo que se acepta la hipótesis alterna “la violencia domestica presenta un factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto” y se rechaza la hipótesis nula “la violencia domestica no presenta un factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto”.

RESUMEN

Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
V_DOMESTICA	47	26	0.553191489	0.38297872
R_OSTETRICO	47	74	1.574468085	0.24976873

ANÁLISIS DE VARIANZA

TABLA ANOVA EN RELACION V.D. Y R.O

Fuente de variacion	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Cuadrados medios	Razon	Probabilidad	Decision
				77.47368		
Entre grupos	1	24.5106383	24.5106383	42	7.57E-14	*
Dentro de los grupos	92	29.1063829	0.316373728			
		53.6170212				
Total	93		8			

Interpretación: la relación de la violencia domestica como riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto es significativo.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. VIOLENCIA DOMESTICA

4.1.1. VIOLENCIA DOMESTICA EN LA MUJER EMBARAZADA EN EL ASPECTO FISICO, PSICOLOGICO Y SEXUAL.

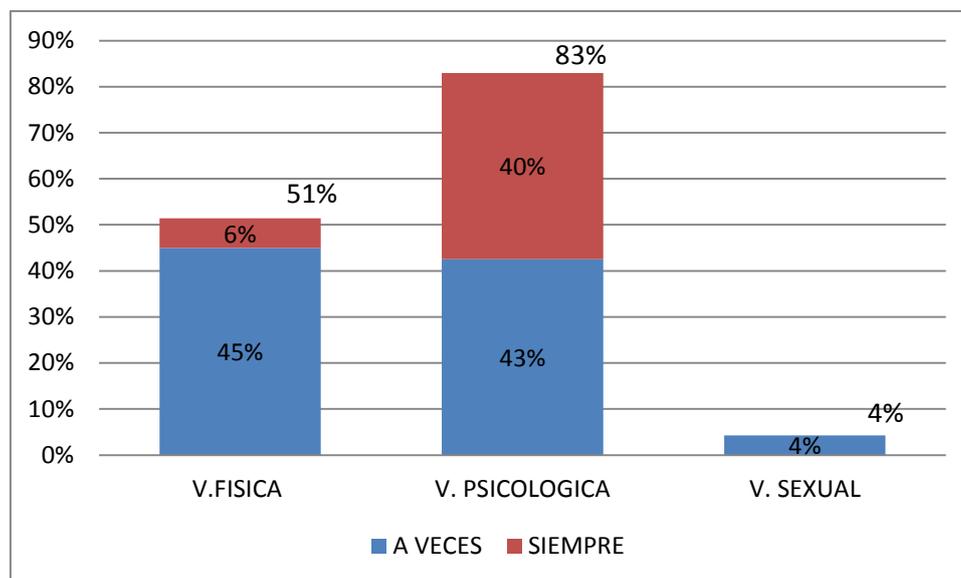
CUADRO 1

TIPOS Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA

VIOLENCIA DOMETICA	VIOLENCIA FISICA		VIOLENCIA PSICOLOGICA		VIOLENCIA SEXUAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	23	49%	8	17%	45	96%
A_veces	21	45%	20	43%	2	4%
Siempre	3	6%	19	40%	0	0%
TOTAL	47	100%	47	100%	47	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 1
TIPOS Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA.



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

En el cuadro 1 y figura 1; el 51% de mujeres encuestadas dijeron que recibieron violencia física, de los cuales el 45% dijo que era a veces y un 6% dijo que era siempre; el 83% dijo que recibió violencia psicológica, de los cuales el 43% dijo que era a veces y el 40% dijo que era siempre; finalmente un 4% solamente a veces fue sometida a violencia sexual.

Se observa que la violencia doméstica estuvo presente en la mujer durante su embarazo, de los cuales se presentaron en mayor porcentaje en el aspecto físico y psicológico; esto quiere decir que su pareja la empujaba, daba cachetadas, puñetazos, menospreciaba, gritaba, insultaba y humillaba y finalmente en menor porcentaje se presentó en el aspecto sexual; la degradaba sexualmente estando embarazada.

De acuerdo con los resultados encontrados con respecto a la actitud de las mujeres frente al problema de la violencia, todavía sigue habiendo un buen

número de mujeres que siguen considerando a la violencia dentro del hogar como “Algo normal y parte de la vida familiar que toda mujer debe llevar”, y la justifica. El cual el fundamento de acuerdo al marco teórico es: “El ciclo de la violencia doméstica”. Se llama así al proceso en que suceden las relaciones en que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 momentos.¹¹ Sin embargo sabemos que este comportamiento no es el correcto y es por ello que tal vez en la actualidad la violencia sigue persistiendo y se incrementa cada día.

La Violencia durante el embarazo, conlleva a múltiples consecuencias tanto físicas como psicológicas como lo presentan los resultados. De esta manera confirmamos la gravedad que tiene la presencia de Violencia domestica durante esta etapa, y que podría estar contribuyendo en un futuro, al incremento de las tasas de morbilidad materna.

Los resultados de las investigaciones referentes al tema de violencia domestica; según XIMENA VERONICA BOHLE URRUTIA coincide con su investigación diciendo que las manifestaciones de la violencia constatan que con mayor frecuencia los agresores acudieron al uso de violencia psicológica en un 96,7%, para la violencia física leve un 19,4%, violencia física grave un 9,7%, y violencia sexual un 9,6% y para todos los casos el agresor fue la pareja. En la relación embarazo y variación de la violencia este estudio muestra que en el grupo de mujeres maltratadas durante el embarazo, existió un incremento en la frecuencia de la violencia psicológica en tanto que la violencia sexual disminuyó en frecuencia e intensidad³⁸; a su vez coincide también con GRACIELA COLOMBO Y COLS, donde dice que se encontró una incidencia importante en los casos de violencia intrafamiliar asociada a embarazo

adolescente. Se constataron efectos sobre la salud física y psíquica de las situaciones de violencia física o combinada con abuso sexual.³⁹

En contraste con Angela Marlene Salas Arriaga y Diana Elisa Salvatierra Aguilera.^{42,} coincide también diciendo que el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente es la violencia psicológica (94.8%), en un menor porcentaje se presentan la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). Por lo que concluimos diciendo que la violencia psicológica forma parte del riesgo obstétrico e influye a la vez en el embarazo y el feto y según Bania Karen Valderrama Araujo Gaby Malena Pedemonte Santillan⁴⁶ la violencia sexual es la menos prevalente que la violencia física y psicológica. Por lo que se puede que se manifestó mediante degradación estando embarazada.

Dentro de los distintos tipos de Violencia domestica estudiados, vemos que cada una de ellas guarda una relación con el factor de riesgo obstétrico, en donde la presencia de la Violencia física durante el Embarazo tiene más probabilidades de presentar factor de riesgo obstétrico (2 veces más probable), de igual manera una mujer que ha presentado Violencia psicológica durante el embarazo, tiene 2 veces más probabilidad de desarrollar riesgo obstétricos tanto en el embarazo como en el feto, a diferencia de la Violencia sexual, en donde no se encontró una relación con la presencia de complicaciones maternas.

4.2. FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO

CUADRO 2
 FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO

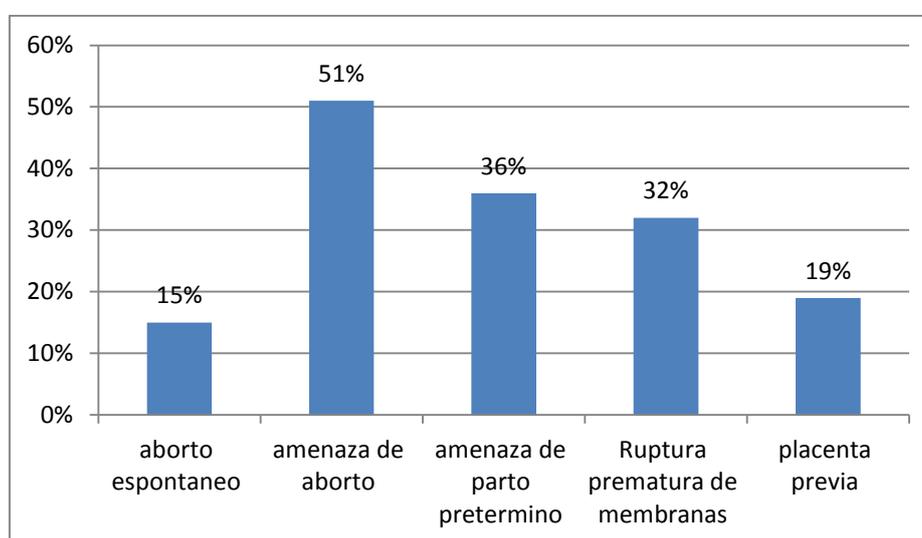
	PRESENCIA	SI	NO	TOTAL
--	-----------	----	----	-------

RIESGO OBSTETRICO	N°	%	N°	%	
aborto espontaneo	7	15%	40	85%	100%
amenaza de aborto	24	51%	23	49%	100%
amenaza de parto pre termino	17	36%	30	64%	100%
Ruptura prematura de membranas	15	32%	32	68%	100%
placenta previa	9	19%	38	81%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 2

FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

En el cuadro 2 y figura 2; con lo que respecta a factor de riesgo obstétrico, el 51% dijo que si hubo presencia de amenaza de aborto, seguidamente un 36% dijo que si tubo presencia de amenaza de parto pre termino, un 32% presento ruptura prematura de membranas; siguiendo con un menor porcentaje de 19% que tuvo placenta previa y un 15% dijo que si hubo presencia de aborto espontaneo.

Se observa que el factor de riesgo obstétrico sí estuvo presente en la mujer durante su embarazo, de los cuales se presentaron en mayor porcentaje la amenaza de aborto que se caracteriza por dolor en el bajo vientre (hipogastrio) producto de la violencia física, incluyendo a veces la actividad sexual por parte del cónyuge; ya que favorece a la precipitación del aborto y por consiguiente la pérdida del embarazo el cual llega a complicarse produciéndose un aborto espontaneo en la mujer embarazada, posibles pérdidas de sangre, produciendo muchas veces anemia. Datos similares que reportan diferentes autores han demostrado que la violencia doméstica en la población gestante se asocia a un incremento de estas consecuencias obstétricas.

En otro aspecto; la amenaza de parto pre término es otro factor de riesgo obstétrico que se presentó con mayor porcentaje, esto se debe al estrés, el abuso doméstico, la violencia familiar, la baja ganancia de peso durante el embarazo, los traumatismos fetales, ya que la madre gestante fue sometida a situaciones de violencia domestica durante su embarazo por parte de su cónyuge; llegando a veces a complicarse en ruptura prematura de membranas, como placenta previa producto de la violencia física que estas eran sometidas.

En los resultados referentes según Evelina Andrea Rondón Abuhadba ⁴⁵ coincide diciendo que las gestantes violentadas tenían de 9 a 20 semanas de gestación, el 26% presentaron aborto como consecuencia clínica de la violencia sufrida, con un 63% dentro de este grupo con aborto provocado, en contraste con los estudios de Bania Karen Valderrama Araujo Gaby Malena Pedemonte Santillan ⁴⁶ la influencia de la violencia intrafamiliar en las complicaciones del embarazo en adolescentes fueron de retardo de

crecimiento intrauterino, 14.9%; amenaza de parto prematuro, 8.5%; y el 6.4% hipertensión gestacional.

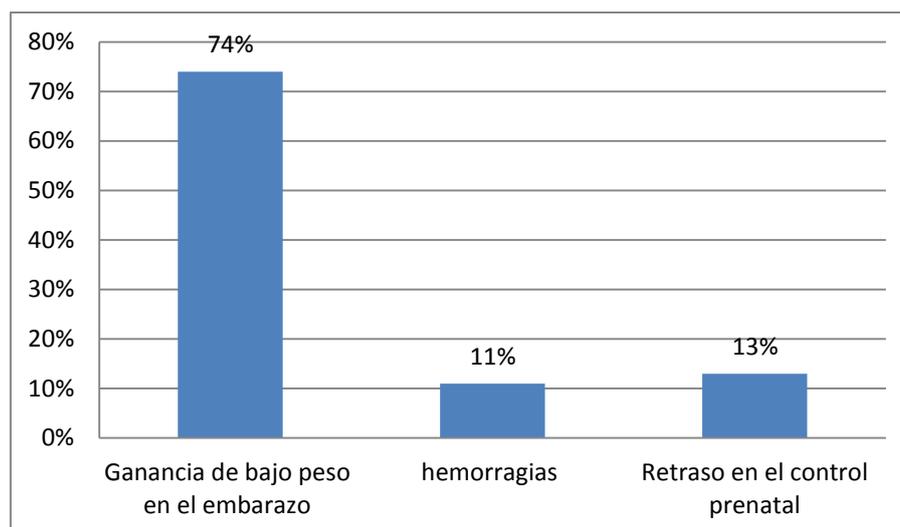
4.3. CONDICIONES DEL EMBARAZO

CUADRO 3
CONDICIONES DEL EMBARAZO

CONDICIONES DEL EMBARAZO	SI		NO		TOTAL
	N°	%	N°	%	
Ganancia de bajo peso en el embarazo	35	74%	11	26%	100%
hemorragias	4	11%	43	89%	100%
Retraso en el control prenatal	6	13%	41	87%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 3
CONDICIONES DEL EMBARAZO



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

En el cuadro 3 y figura 3; con lo que respecta a las condiciones del embarazo, 74% de las mujeres embarazadas presentaron ganancia de peso bajo durante en el embarazo, seguidamente un 13% presento retraso en el control prenatal y por ultimo un 11% de las mujeres si tubo presencia de hemorragias durante su embarazo.

Podemos observar que el porcentaje mayor se encontró en la ganancia de peso bajo en el embarazo; lo cual se dice que una ganancia de peso bajo aumenta el riesgo de tener un niño de bajo peso, las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro, incluso está asociado a causar un de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, el cual se observa también que es la segunda causa de las condiciones del embarazo en situaciones de violencia domestica; es decir que las madres gestantes en ese entonces tuvieron un retraso en el control prenatal, debido al estrés que eran sometidas por parte de su pareja, siendo esta la más importante durante su embarazo, siendo a su vez

a la causante de posibles hemorragias, amenaza de aborto, parto prematuro, placenta previa entre otros.

En los resultados referentes según ARMANDO CEPEDA ⁴¹ coincide que también la violencia psicológica incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo. Por lo que se puede decir que la violencia psicológica está relacionada al aumento de peso insuficiente ya que la mujer embarazada presento humillaciones e insultos, lo cual hace que no pueda llevar un embarazo en óptimas condiciones.

4.4. CONDICIONES DEL FETO

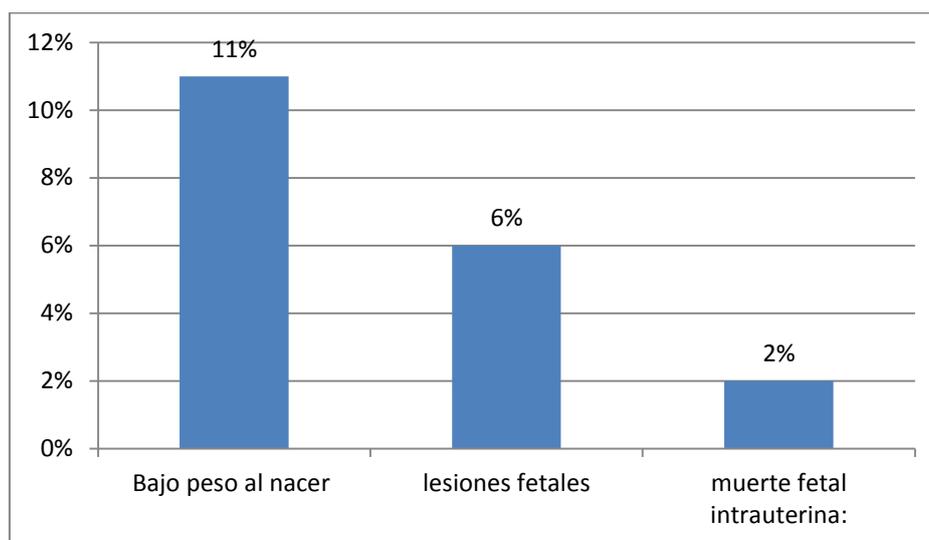
CUADRO 4
CONDICIONES DEL FETO

CONDICIONES DEL FETO	PRESENCIA		NO		TOTAL
	SI				
	N°	%	N°	%	
Bajo peso al nacer	5	11%	42	89%	100%
lesiones fetales	3	6%	44	94%	100%
muerte fetal intrauterina:	1	2%	46	98%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 4

CONDICIONES DEL FETO



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

En el cuadro 4 y figura 4; con lo que respecta a las condiciones en el feto, el 11% presentaron bajo peso al nacer, seguidamente un 6% dijeron que su recién nacido presentó lesiones fetales; por último en un 2% presentó muerte fetal intrauterina.

Se observa que se presentó en mayor porcentaje el bajo peso al nacer; el cual refleja la experiencia intrauterina; tanto de la madre como del feto; por parte de la madre debido a la desnutrición que tuvo durante su embarazo, al tipo de violencia que era sometida, al estrés, por otra parte el feto, que es la segunda causa de las condiciones fetales como son el traumatismo fetal que este pudo haber sufrido donde las consecuencias inmediatas vienen a hacer las deformaciones, daño en el cerebro, parto prematuro, el efecto de contragolpe que producen un desprendimiento placentario y en menor porcentaje la muerte fetal intrauterina.

El rechazo que puede experimentar una madre hacia el producto que lleva en su vientre, también es considerado como forma de maltrato, a causa de la

violencia psicológica que algunas mujeres experimentaron durante su embarazo

Según los resultados, coincide con la investigación ARMANDO CEPEDA, donde dice que la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas). En la actualidad la Violencia durante el embarazo, es un tema poco estudiado en nuestro país, existen pocas investigaciones que afirman haber encontrado una relación entre la violencia en gestantes con el riesgo de presentar complicaciones maternas, tal es el caso de un estudio que se llevó a cabo en el 2007 en el hospital María Auxiliadora, donde en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales, así como una mayor mortalidad perinatal.⁴¹

4.5. VIOLENCIA DOMESTICA CON RIESGO OBSTETRICO

CUADRO 5

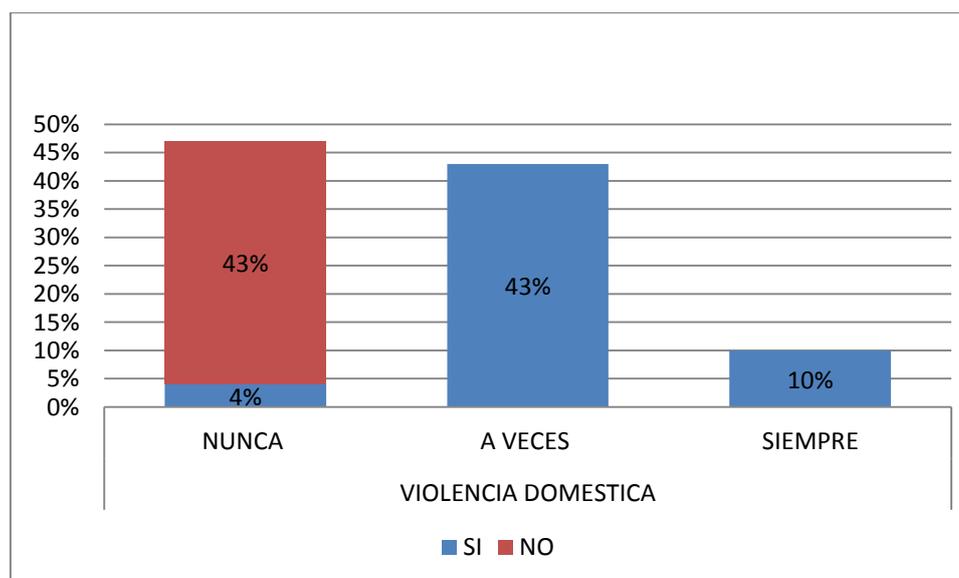
VIOLENCIA DOMESTICA CON RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO

RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO	VIOLENCIA DOMESTICA							
	NUNCA		A_VECES		SIEMPRE		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	2	4%	20	43%	5	10%	27	57%
NO	20	43%	0	0%	0	0%	20	43%
Total	24	51%	20	43%	3	6%	47	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 5

VIOLENCIA DOMESTICA CON RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

En el cuadro 5 y figura 5; con lo que respecta a violencia domestica con riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto, el 53% dijo que presento violencia domestica con riesgo obstétrico, dentro de ellos un 43% dijo que se

presentó a veces y un 10% dijo que siempre se presentó durante su embarazo, haciendo un total del 100% de mujeres encuestadas.

Se observa que la violencia domestica si influye como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto, con lo que coincide con Luis Távara Orosco, Luis Orderique, Tula Segarra, Silvia Huamani Y Cols. ⁴⁴ la violencia durante el embarazo, fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales así como una mayor mortalidad perinatal¹⁰.

La violencia domestica influye en el embarazo puesto que se produce una estrés a nivel de la madre, la deprime el cual muchas veces causa la desnutrición tanto como para la madre como para el feto; otro aspecto es la violencia física que esta recibe puede causar lesiones fetales causando la morbimortalidad materno-fetal.

Cuando la violencia ocurre durante el embarazo, las consecuencias inmediatas en el bebé pueden ser, entre otras, muerte, traumatismos, problemas respiratorios por falta de desarrollo de los pulmones, deformaciones ortopédicas, anemia, alteración de su sistema circulatorio, hemorragias, ruptura de órganos, falta de oxigenación (hipoxia), traumatismo del cráneo y daño en el cerebro, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, etc. ³³

CONCLUSIONES

La violencia psicológica con un 83% y la violencia física con un 51% fueron los que se presentaron e influyeron significativamente a diferencia de la violencia sexual que en un 4%, también se presentó pero en menor porcentaje; cada uno de los tipos de violencia domestica fue un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y del feto atendidos en el Centro de Salud Desaguadero, 2015. El grupo más afectado de las que fueron víctimas de violencia domestica tenían edades comprendidas entre los 21 a 40 años, eran convivientes, con grado de instrucción secundaria y amas de casa.

Los factores de riesgo obstétrico que se presentaron fueron la amenaza de aborto con 51% y amenaza de parto pre termino con un 36%, seguido de la ruptura prematura de membranas con 32%, la placenta previa con 19% y un 15% el aborto espontaneo, a causa de violencia domestica con cierta periodicidad ejercida por la pareja, el cual influyo en su terminación de su embarazo.

En las condiciones del embarazo se encontró en la ganancia de bajo peso con un 74%, ya que las mujeres embarazadas en ese entonces eran sometidas a estrés y demás situaciones de violencia doméstica, seguido del retraso en el control prenatal con un 13% y un 11% se presentó hemorragia durante su embarazo.

En las condiciones del feto se encontró en bajo peso al nacer con un 11%, debido a que durante el embarazo las madres sufrían violencia física como

psicológica el cual provocaba partos prematuros como amenaza de aborto o muchas veces se daba el aborto espontaneo.

La violencia doméstica es un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y el feto, ya que se presentó mayormente en los aspectos físicos y psicológicos, manifestándose mayormente como amenaza de aborto y amenaza de parto pre termino a causa de la violencia doméstica y mucho de ellos en los aspectos fetales presentaron bajo peso al momento de nacer como lesiones fetales y muertes intrauterinas. Los resultados de la investigación confirman que la Violencia domestica durante el embarazo, como un factor de riesgo, que afecta negativamente no solo la salud del recién nacido, sino también la salud de la madre conllevando a presentar riesgos obstétricos, es por ello que el problema de la violencia domestica debe cobrar la importancia que realmente se merece; por parte del área de salud en nuestro país y en nuestra región.

La violencia domestica influye como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y del feto atendidos en el Centro de Salud Desaguadero, 2015.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Dirección Regional de Salud Puno, que exista vigilancia profesional conjuntamente con las autoridades de la provincia de Puno, que controle los programas televisivos y radiales que sean de carácter educativo, de provecho para nuestra sociedad y no destructivo como de violencia, como en su mayoría suelen ser en nuestro medio; con la finalidad de fomentar una sociedad sin perjuicios violentos, darles a conocer en los idiomas nativos tanto en quechua como en aymara sobre las leyes que los protegen y los entes encargados de asistirlos en caso de que sus derechos sean violentado, utilizando para ello los medios de comunicación existentes.

Se recomienda a la Red Chucuito Juli contratar un personal de psicología, para que pueda detectar estos casos de violencia doméstica en la mujer embarazada, ya que el distrito de Desaguadero cuenta con una buena cantidad de población y la demanda de atención son en porcentajes altos pero no se logra las metas establecidas en este servicio por falta de personal, lo cual dificulta las evaluaciones y no se reportan registros de violencia doméstica en la mujer embarazada.

Se recomienda al personal de salud del Centro de Salud de Desaguadero y en específico al servicio de obstetricia; iniciar una adecuada capacitación con respecto al tema, en cuanto a su identificación precoz, al manejo, y sobre todo a su prevención, desarrollar tamizajes sobre violencia a todas las gestantes desde su primer control para su detección y posterior atención y protección de la violencia para así contribuir en la reducción de las tasas de morbimortalidad materna y asegurar una vida saludable a las madres y a futuros niños por

nacer, utilizando el potencial de los servicios de salud reproductiva como punto de acceso para localizar y apoyar a las mujeres que son víctimas de violencia infligida por su pareja, y derivarlas a otros servicios de apoyo, Brindando charlas informativas en los colegios tanto para los padres como para la adolescente y niños sobre sus derechos y deberes.

Se recomienda a las autoridades, dirigentes sociales, políticos, religiosos para que se opongan a la violencia contra la mujer del distrito de Desaguadero ya que son responsables de asegurar de alguna forma el bienestar físico, mental y social de aquellas mujeres que son víctimas de violencia. Para ello es necesario ante todo sensibilizarlos, para que reconozcan la magnitud del problema y sus consecuencias; que no solo van afectar a las personas involucradas sino también al país. Para que puedan proporcionarse programas educativos tanto para hombres como para mujeres, en esta comunidad, con el objetivo de disminuir las posiciones sexistas en las relaciones con las mujeres mediante campañas de sensibilización, charlas educativas, conjuntamente con el centro de salud desaguadero, en los ámbitos educativos, sociales y culturales que se presenten en el distrito de desaguadero.

Se recomienda a las diferentes universidades de Puno tanto públicas como privadas, que el problema de la violencia domestica debería ser incluida en el currículo universitario para que los estudiantes de salud desarrollen competencias que le permitan abordar la salud materna con un enfoque a la prevención de la violencia y fomentar programas de intervención en las gestantes, tratarse durante la práctica en los hospitales y sobre todo en establecimientos de Primeros niveles de atención, y ser un aspecto a incluir y trabajar en su detección temprana en el Control prenatal, y no solo en la

primera consulta, sino a lo largo de todos los controles prenatales que la mujer pueda acudir, ya que violencia se puede presentar; antes, durante y después del embarazo, el mejoramiento de la calidad de los Servicios Básico como el de salud mental, nutrición, obstetricia a fin de minimizar la violencia doméstica. Se debería fomentar el desarrollo de investigaciones desde las universidades tanto en el área urbana como rural, posteriormente en centros de trabajo e instituciones afines, en donde laboran diversos profesionales que logren dar a conocer, realmente la problemática de la violencia durante el embarazo y sus consecuencias. Se sugiere realizar estudios comparativos de los factores asociados en la adolescencia que se relacionen con la violencia antes, durante y después del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Encuesta Demografica y salud familiar 2013.Nacional y departamental .Lima: INEI, mayo de 2014, pp. 350-352
2. Organización mundial de la salud. Violencia contra la mujer es un problema de salud global de proporciones epidémicas.[Internet].2013[citado el 20 de Junio 2013]; 2(1).Disponible en:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
3. mimp.gob.pe [Internet]. Peru. mimp; 2015 [actualizado el 14 de Octubre, 2015; citado el 22 de Noviembre,2015]. Disponible en:
http://www.mimp.gob.pe/portalmimp2014/index.php?option=com_content&view=article&id=605&Itemid=165

4. Carmen Fernandez Alonso. Violencia domestica.RCEAP.[Internet].2014 [citado el 14 de Agosto 2015]; 4(1).Disponible en:
<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=12&art=editorial>
5. facultad.bayamon.bayamon.inter.[Internet]. Puerto Rico. facultad.bayamon; 2010[actualizado el 14 de Agosto, 2013; citado el 15 de Noviembre,2015].Disponible en:
<http://facultad.bayamon.inter.edu/jvera/c1/Presentaciones%20Informes%20Orales/Violencia%20Dom%C3%A9stica-%20II.pdf>
6. womensaid.ie.[Internet]. España. Womensaid; 2015 [actualizado el 14 de Octubre, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en:
<http://www.womensaid.ie/es/queeslaviolenciadomestica.html>
7. maternofetal.net.[Internet].Venezuela. maternofetal;2015 2015 [actualizado el 14 de Octubre, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en:
<http://www.maternofetal.net/4violencia.html>
8. biblioteca.ucm.[Internet]. Madrid Womensaid; 2007[actualizado el 20 de Octubre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en:
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>

9. Armando Cepeda Silva, Francisco Morales Carmona, Maria Consuelo Henales, Sara Mendez Cabello. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para las complicaciones maternas y recién nacidos de bajo peso. PRH .[Internet].2011 [citado el 15 de Noviembre 2015]; 25(2):81-87.Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>

10. Bardales G, Huallpa E, “Violencia Familiar y Sexual en mujeres y varones de 15- 59 años. Estudio realizado en los distritos de San Juan de Lurigancho, Puno, Tarapoto.(2009) pág.(10-11).Disponible en:
http://tesis.unsm.edu.pe:8080/jspui/bitstream/11458/587/1/Bania%20Karen%20Valderrama%20Araujo_Gaby%20Malena%20Pedemonte%20Santillan.pdf

11. Guía Técnica para la atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género. Resolución Ministerial LIMA 13-02-2007

12. nlm.nih.gov.[Internet]. EE.UU.Biblioteca Nacional de Medicina; 2014[actualizado el 06 de Noviembre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>

13. nlm.nih.gov.[Internet]. EE.UU.Biblioteca Nacional de Medicina; 2014[actualizado el 20 de Noviembre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/miscarriage.html>
14. plannedparenthood.org.[Internet].EE.UU.Biblioteca Nacional de Medicina; 2014[actualizado el 20 de Noviembre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo/aborto-espontaneo>
15. Ana Catalina Gonzales Rivera. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. RMCRC. [Internet]. 2013 [citado 14 Jun 2013];9(1):1-5. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
16. webconsultas.com.[Internet]. Madrid. Tu Centro Medico; 2014[actualizado el 20 de Noviembre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones/placenta-previa-1987>

17. Cristina Laterra, Elsa Andina, Ingrid di Marco. Guia de practicas clínicas. Amenaza de Parto Prematuro.GPC. [Internet]. 2013 [citado 20 Jun 2013];9(1):1-5. Disponible en:
<http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/Guias-AmenazaPartoPrematuro.pdf>
18. nlm.nih.gov.[Internet]. EE.UU.Biblioteca Nacional de Medicina; 2014[actualizado el 27de Abril, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/8/9789584476180.06.pdf>
19. medicinafetalbarcelona.org [Internet]. Medicinafetal; 2015[actualizado el 17 de Julio, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en
https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf
20. bdigital.unal.edu.co [Internet]. bdigital; 2015[actualizado el 11de Mayo, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/9/9789584476180.07.pdf>

21. www.medicinafetalbarcelona.org. [Internet]. Barcelona. Tu Centro Medico; 2014[actualizado el 20 de Noviembre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%EDas.%20hemorragia%203er%20t.pdf
22. www.chospab.es/area_medica. [Internet]. chospab.es; 2015[actualizado el 12 de Enero, 2012; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf
23. www.consumer.es. [Internet]. consumer; 2012[actualizado el 11 de Mayo, 2012; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/segundo-trimestre/2012/05/11/209002.php>
24. www.embarazada.com. [Internet]. embarazada; 2015[actualizado el 11 de Mayo, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://www.embarazada.com/articulo/bajo-peso-en-el-embarazo>
25. www.bebesymas.com [Internet]. bebesymas; 2015[actualizado el 21 de Enero, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://www.bebesymas.com/embarazo/perdidas-de-sangre-en-el-primer-trimestre-de-embarazo>

26. infogen.org.mx[Internet]. infogen; 2015[actualizado el 20 de Marzo, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://infogen.org.mx/sangrado-vaginal-en-el-embarazo/>
27. Carlos Hernandez Rivera. Hemorragia Obstetrica.ISEM. [Internet]. 2013 [citado 14 Jun 2014];9(1):1-3. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/salud_reproductiva/hemorragia_obstetrica.pdf
28. scielo.org.pe[Internet]. ops; 2015[actualizado el 12 de Noviembre, 2010; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf>
29. Mario Orlando Parra Pineda. El Control Prenatal.En: Guias de Promocion de la salud. Schwarcz R, Diaz, A G, Fescina R. Tomo I.Bogota. Colección Paris.2007 p. 156-240
http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

- 30.ops.org.bo [Internet]. ops; 2015[actualizado el 12 de Noviembre, 2010; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/facmed/tes00604.pdf>
- 31.unicef.org [Internet]. unicef; 2015[actualizado el 12 de Noviembre, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sqreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf
- 32.Georgina J. Peraza Roque. Cubana Med. Gen Interg.CGI.[Internet]. 2013 [citado 20 Jun 2014];9(1):1-9. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI14501.htm
- 33.medynet.com [Internet]. medynet; 2015[actualizado el 12 de setiembre, 2013; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Traumatismos_en_la_embarazada.pdf
- 34.infogen.org.mx [Internet]. infogen; 2015[actualizado el 18 de Julio, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://infogen.org.mx/violencia-y-embarazo/>

35. wikipedia.org.[Internet]. wikipedia; 2015[actualizado el 25de Octubre, 2015; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Muerte_fetal
36. Jorge Daniel Specialice. Post grado de la VI catedra de medicina. PGVICM. . [Internet]. 2008 [citado 20 Diciembre 2008];17(5):5-5. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf
37. cybertesis.uach.cl.[Internet]. cybertesis; 2015[actualizado el 25 de Octubre, 2008; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fmb676m/doc/fmb676m.pdf>
38. cybertesis.uach.cl[Internet].Chile. cybertesis 2008 [actualizado el 22 de Octubre, 2015; citado el 22 de Noviembre,2015]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fmb676m/doc/fmb676m.pdf>
39. Colombo, Graciela; Ynoun, Roxana; Viglizzo, Mónica; Venerada, Luciana; Iglesias, Gabriela; Stropparo, Pablo. Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa del embarazo, parto y puerperio. Revista de Ciencias Sociales [revista en Internet]. 2005 [citado 22 de noviembre del 2015]; 12(38): 81-107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/105/10503804.pdf>

40. digeset.ucol.mx/ [Internet]digeset; 2004[actualizado el 10 de Octubre, 2004; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Susana_Valenzuela_Perez.pdf
41. Armando Sepeda Silva Revista Perinatología y reproducción humana. PRH. [Internet]. 2011 [citado 11 Jun 2011];81(87):1-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>
42. cybertesis.unmsm.edu.pe [Internet]cybertesis.unmsm; 2010[actualizado el 10 de Noviembre, 2010; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/Salas_aa.pdf
43. cybertesis.unmsm.edu.pe [Internet]cybertesis.unmsm; 2014[actualizado el 08 de Agosto, 2014; citado el 15 de Noviembre,2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3714/1/Gonzales_g_e.pdf
44. Crempien, Carla. Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias. Revista de Psiquiatría Clínica [internet] 2007[citado 10 de setiembre del 2011], 44(1): 31-40. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n1/pdf/a02v53n1.pdf

45. [dspace.unia.es.\[Internet\]. dspace; 2009\[actualizado el 25 de Octubre, 2010; citado el 22 de Noviembre,2015\]. Disponible en \[http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1463/0217_Rondon.pdf?sequence=1\]\(http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1463/0217_Rondon.pdf?sequence=1\)](http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1463/0217_Rondon.pdf?sequence=1)
46. [tesis.unsm.edu.pe.\[Internet\]. tesis; 2013\[actualizado el 02 de Octubre, 2014; citado el 22 de Noviembre,2015\]. Disponible en \[http://tesis.unsm.edu.pe:8080/jspui/bitstream/11458/587/1/Bania%20Karen%20Valderrama%20Araujo_Gaby%20Malena%20Pedemonte%20Santillan.pdf\]\(http://tesis.unsm.edu.pe:8080/jspui/bitstream/11458/587/1/Bania%20Karen%20Valderrama%20Araujo_Gaby%20Malena%20Pedemonte%20Santillan.pdf\)](http://tesis.unsm.edu.pe:8080/jspui/bitstream/11458/587/1/Bania%20Karen%20Valderrama%20Araujo_Gaby%20Malena%20Pedemonte%20Santillan.pdf)
47. [scielo.br/pdf \[Internet\]scielo.br; 2014\[actualizado el 06 de Julio, 2006; citado el 15 de Noviembre,2015\]. Disponible en: \[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es_v14n4a16.pdf\]\(http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es_v14n4a16.pdf\)](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es_v14n4a16.pdf)

ANEXOS

ANEXOS 1: ENCUESTA DE VIOLENCIA DOMESTICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

“INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DOMESTICA COMO FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO EN EL CENTRO DE SALUD DESAGUADERO, 2015”

Instrucciones: Señora a continuación, lea cuidadosamente las preguntas antes de responder, solo debe marcar con una X, por pregunta, recuerde que todo lo respondido en la obtencion de datos seran manejado de manera confidencial.

SECCION I: DATOS PERSONALES

1.1. EDAD:

15-20 años() 21-30 años() 31-40 años() 41-50 años()

1.2. ESTADO CIVIL

Soltera() conviviente() casada() divorciada()

1.3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

superior() secundaria() primaria() ninguna()

1.4. OCUPACION

estudiante() ama de casa() comerciante() profesional()

SECCION II: VIOLENCIA DOMESTICA (FISICA, PSICOLOGICA Y SEXUAL)

¿PODRÍA DECIRME USTED, SI ALGUNA VEZ DURANTE EL EMBARAZO LE OCURRIERON LAS SIGUIENTES SITUACIONES? MARQUE CON UNA X.

VIOLENCIA FISICA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	2	1	0
5. ¿Durante el embarazo su pareja le empujo o dio patadas?			
6. ¿Durante el embarazo su pareja le dio cachetadas o puñetazos?			
7. ¿Durante el embarazo su pareja le dio una paliza o le quemó?			
8. ¿Durante el embarazo su pareja te amordazo cuando querías gritar?			
9. ¿Tu pareja te pego y te empujo por las escaleras estando embarazada?			
10. ¿Tu pareja te lesiono en la cabeza o abdomen estando embarazada?			
SUBTOTAL			
TOTAL			
VIOLENCIA PSICOLOGICA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	2	1	0
11. ¿Durante el embarazo su pareja le menosprecio como madre?			

gestante?			
12. ¿Durante el embarazo su pareja le gritaba con palabras y gestos ofensivos?			
13. ¿Durante el embarazo su pareja utilizo insultos y lenguaje despectivo?			
14. ¿Tu pareja te critico y amenazo con arma constantemente?			
15. ¿Tu pareja te humillo ante familiares y público?			
SUBTOTAL			
TOTAL			
VIOLENCIA SEXUAL	SIEMPRE 2	A VECES 1	NUNCA 0
16. ¿Tu pareja te violo y pego repetidamente, te desnudo a la fuerza y violo, te dijo que es tu deber estando embarazada?			
17. ¿Tu pareja te violo delante de tus hijos estando embarazada?			
18. ¿Tu pareja te violo en momentos en que los que uno está particularmente vulnerable, por ejemplo; tras haber dado a luz?			
19. ¿Tu pareja te degradan sexualmente estando embarazada?			
SUBTOTAL			
TOTAL			

SECCION III: RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y EL FETO

¿PODRÍA DECIRME USTED, SI COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA SUFRIDA DURANTE SU EMBARAZO LE OCURRIERON LAS SIGUIENTES SITUACIONES? MARQUE CON UNA X.

RIESGO OBSTETRICO	SI 1	NO 0
20. ¿En su embarazo producto de los golpes? presento aborto espontaneo de forma:		
21. ¿En su embarazo producto de los golpes? presento amenaza de aborto de forma:		
22. ¿En su embarazo producto de los golpes? presento amenaza de parto pretermino de forma:		
23. ¿En su embarazo producto de los golpes? presento Ruptura prematura de membranas de forma:		
24. ¿En su embarazo producto de los golpes? presento placenta previa de forma:		
SUBTOTAL		
TOTAL		
EN EL EMBARAZO	SI 1	NO 0
25. ¿En su embarazo? Su aumento de peso fue insuficiente en forma:		
26. ¿En su embarazo? Presento hemorragias producto de los golpes en forma:		
27. ¿En su embarazo? Le han prohibido o coaccionado de no acudir a sus controles prenatales		
SUBTOTAL		
TOTAL		



EN EL FETO	SI 1	NO 0
28. ¿Al nacer su hijo? presento: Bajo peso al nacer de forma:		
29. ¿Al nacer su hijo? presento: lesiones fetales de forma:		
30. ¿Al nacer su hijo? presento: muerte fetal intrauterina:		
SUBTOTAL		
TOTAL		

ANEXOS 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO**CENTRO DE SALUD DESAGUADERO**

**“INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DOMESTICA COMO FACTOR DE RIESGO
OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO EN EL CENTRO DE
SALUD DESAGUADERO,2015”**

AUTORA: JESSICA GIOVANNA NUÑEZ LLANOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente yo.....; ACEPTO libre y voluntariamente participar en la investigacion titulada:” Violencia domestica como factor de riesgo obstétrico en la mujer embarazada y el feto del Centro de Salud Desaguadero, 2015”, DECLARO que se me ha explicado el objetivo de la presente investigacion, asi como sus alcances favorables para medidas en la mejora de calidad de atencion,asi como la importancia de mi participancon en la obtencion de datos los cuales seran manejado de manera confidencial y gratuita no afectando mi vida diaria y RETIRO de toda responsabilidad al investigador principal, de cualquier toma de decisión o cambios dentro de mi vida familiar o relacion de pareja a partir de mi participacion en el presente estudio.

Se reitera la total confidencialidad de resultado e identidad de cada caso

_____Desaguadero,2015

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL TESTIGO
JEFE DEL C.S. DESAGUADERO

ANEXOS 3: VARIABLES DE INVESTIGACION

“INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA DOMESTICA COMO FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y DEL FETO EN EL CENTRO DE SALUD DESAGUADERO, 2015”

	VARIABLES INTERCURRENTES				VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
	EDAD	OCUPACION	NIVEL DE INST	ESTADO CIVIL	VIOLENCIA DOMESTICA	RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y EL FETO
1	2	3	3	2	2	2
2	3	2	3	2	2	2
3	2	3	2	2	2	2
4	2	2	2	2	1	2
5	1	1	3	1	1	2
6	1	2	3	2	1	2
7	2	2	2	2	1	2
8	3	2	3	2	1	2
9	3	2	2	2	1	2
10	2	3	3	3	1	2
11	2	2	3	2	1	2
12	3	3	4	3	1	2
13	3	4	4	3	1	2
14	1	1	4	2	1	2
15	1	1	4	1	1	2
16	2	2	4	2	1	2
17	3	3	3	3	1	2
18	3	3	3	2	1	2
19	2	1	4	2	1	2
20	2	3	2	2	1	2

	VARIABLES INTERCURRENTES				VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
	EDAD	OCUPACION	NIVEL DE INST	ESTADO CIVIL	VIOLENCIA DOMESTICA	RIESGO OBSTETRICO EN LA MUJER EMBARAZADA Y EL FETO

21	1	1	3	1	1	2
22	2	3	3	2	1	2
23	2	3	3	2	1	2
24	3	2	3	2	0	2
25	2	3	4	2	0	2
26	2	2	3	3	0	2
27	2	1	4	2	0	2
28	2	4	4	2	0	1
29	3	2	2	3	0	1
30	3	4	4	3	0	1
31	2	1	2	2	0	1
32	3	4	4	3	0	1
33	2	2	2	2	0	1
34	2	3	2	2	0	1
35	1	1	3	1	0	1
36	3	3	2	2	0	1
37	3	2	3	3	0	1
38	2	1	4	3	0	1
39	2	1	4	1	0	1
40	3	2	2	3	0	1
41	1	1	3	1	0	1
42	3	2	2	2	0	1
43	2	2	3	3	0	1
44	1	3	2	2	0	1
45	3	3	2	3	0	1
46	2	3	4	2	0	1
47	2	3	2	3	0	1

ANEXOS 4: CUADROS INTERCURRENTES

CUADRO 6

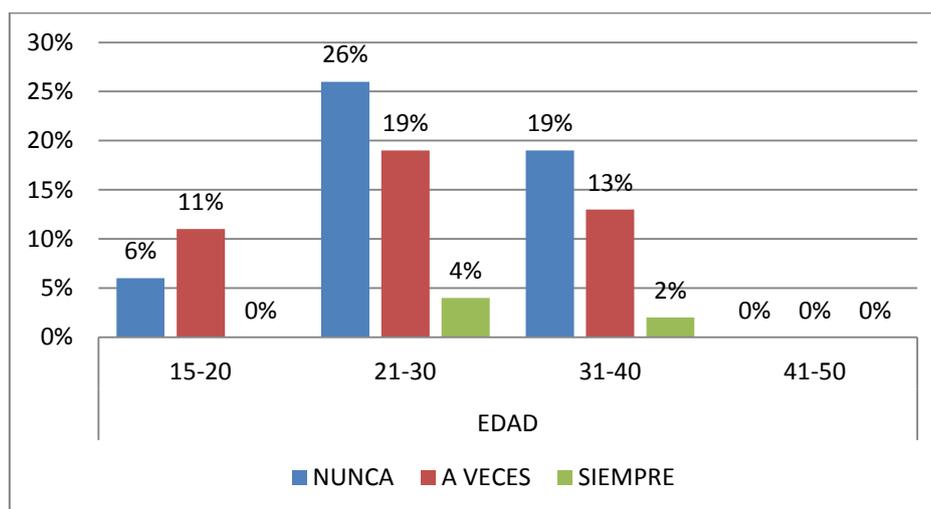
EDAD Y VIOLENCIA DOMESTICA

	VIOLE_DOMESTICA							
	NUNCA		A_VECES		SIEMPRE		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Edad 15-20	3	6%	5	11%	0	0%	8	17%
21-30	12	26%	9	19%	2	4%	23	49%
31-40	9	19%	6	13%	1	2%	16	34%
41-50	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	24	51%	20	43%	3	6%	47	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 6

EDAD Y VIOLENCIA DOMESTICA



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

Interpretación:

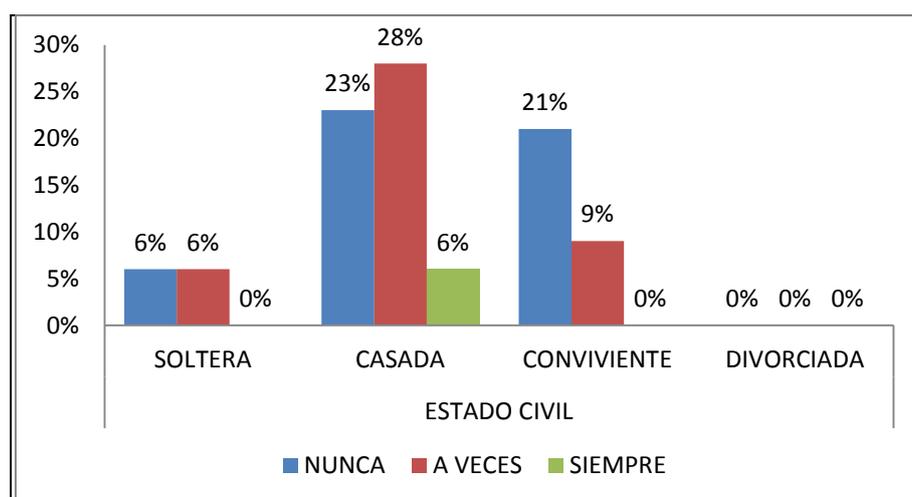
En el cuadro 6 y figura 6, correspondiente a la relación de Edad y violencia domestica que de 21 a 30 años haciendo un 26% nunca sufrieron de violencia domestica siendo el porcentaje más alto pero las que si sufrieron de violencia domestica fueron de 31 a 40 años con un 13%; seguido de 15 a 20 años con un 11% siendo en porcentaje más bajo.

CUADRO 7
ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA DOMESTICA

	VIOLENCIA DOMESTICA							
	NUNCA		A_VECES		SIEMPRE		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Esta_civil Soltera	3	6%	3	6%	0	0%	6	13%
Conviviente	11	23%	13	28%	3	6%	27	57%
Casada	10	21%	4	9%	0	0%	14	30%
Divorciada	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	24	51%	20	43%	3	6%	47	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 7
ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA DOMESTICA



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

Interpretación:

En el cuadro 7 y figura 7, correspondiente a la relación de estado civil y violencia doméstica, el 28% era conviviente y presentaba violencia doméstica, seguido de un 21% dijo que era casada y nunca había presentado violencia doméstica.

CUADRO 8

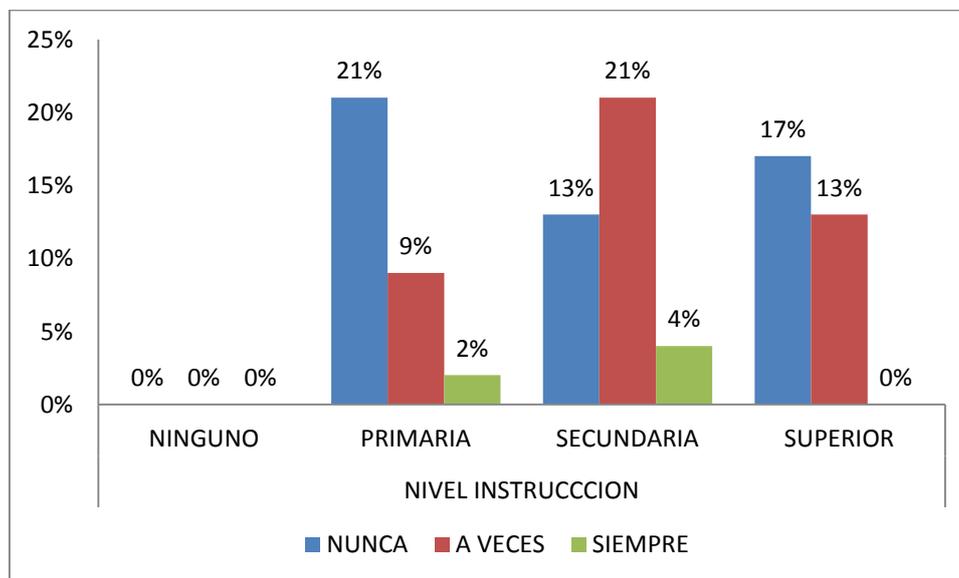
NIVEL DE INSTRUCCION Y VIOLENCIA DOMESTICA

	VIOLENCIA DOMESTICA							
	NUNCA		A_VECES		SIEMPRE		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nivel_Instruccion Ninguno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Primaria	10	21%	4	9%	1	2%	15	32%
Secundaria	6	13%	10	21%	2	4%	18	38%
Superior	8	17%	6	13%	0	0%	14	30%
Total	24	51%	20	43%	3	6%	47	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 8

NIVEL DE INSTRUCCION Y VIOLENCIA DOMESTICA



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

Interpretación:

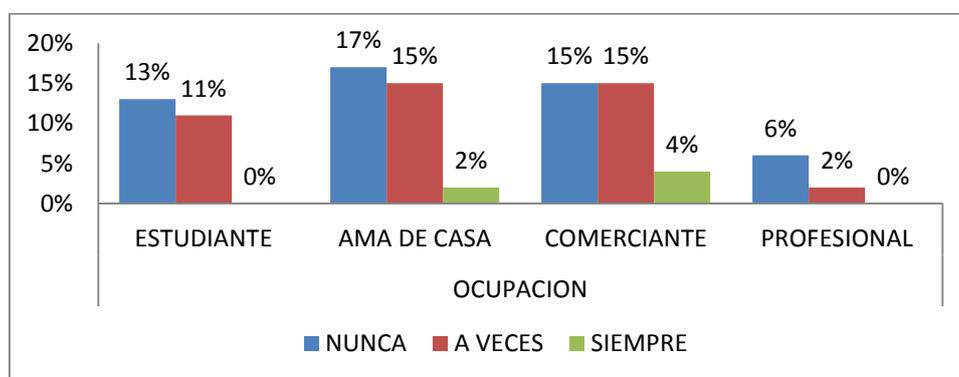
En el cuadro 8 y figura 8, correspondiente al nivel de instrucción y violencia doméstica, el 21% solo tenía grado de instrucción nivel secundario y presentaba violencia doméstica, seguido de un 9% dijo que tenía grado de instrucción nivel primario y había presentado violencia domestica; siendo este el porcentaje más bajo.

CUADRO 9
OCUPACION Y VIOLENCIA DOMESTICA

	VIOLE_DOMES							
	NUNCA		A_VECES		SIEMPRE		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Ocupación Estudiante	6	13%	5	11%	0	0%	11	23%
Ama_d_casa	8	17%	7	15%	1	2%	16	34%
Comerciante	7	15%	7	15%	2	4%	16	34%
Profesional	3	6%	1	2%	0	0%	4	9%
Total	24	51%	20	43%	3	6%	47	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

FIGURA 9
OCUPACION Y VIOLENCIA DOMESTICA



FUENTE: Cuestionario aplicado a puérperas mediatas del Centro de Salud Desaguadero-Puno, 2015

Interpretación:

En el cuadro 9 y figura 9, correspondiente a ocupación y violencia doméstica, el 15% era ama de casa y comerciante, a su vez presentaba violencia doméstica, seguido de un 2% dijo que era profesional y había presentado violencia domestica; siendo este el porcentaje más bajo.

ANEXOS 5
DOCUMENTOS DE AUTORIZACION